Volume 1, 2007; Numero 1, Febbraio-Ottobre
ISSN onpaper: 1971-9558 - ISSN online: 1971-9450

# Giornale di Psicologia

*Journal of Psychology (Italy)*

Editor: Felice Perussia



© PSICOTECNICA edizioni, Milano

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

# Giornale di Psicologia

2007, Volume 1, Numero 1





© PSICOTECNICA, Milano, Italia

# *Giornale di Psicologia*

*Direttore: Felice Perussia*
*Redattori: Andrea Boarino, Renata Viano*
*(Università degli Studi di Torino)*


*Il Giornale di Psicologia pubblica una selezione di contributi scientifici in ambito psicologico, di standard elevato e di ampio interesse per ogni ricercatore, studioso o professionista nel settore, in campo sia accademico di base sia professionale applicato.*

*Il Giornale di Psicologia è una pubblicazione scientifica internazionale, di taglio europeo, che nasce da una filosofia che intende favorire la diffusione open-access della ricerca scientifica in psicologia, senza perseguire obiettivi di sfruttamento commerciale della disciplina stessa.*

*Il Giornale di Psicologia è aperto a tutti i settori della ricerca specialistica in psicologia, specie della psicologia generale, sociale e applicata ovvero della psicologia sperimentale, metodologica, clinica, dinamica, storica, epistemologica; così come alla ricerca su temi quali i test, la psicoterapia, la psicotecnica, il counseling, le scienze cognitive e più in particolare lo studio della personalità.*

*Il Giornale di Psicologia è un strumento di collaborazione internazionale, nel campo della psicologia.*

*Il Giornale di Psicologia crede profondamente nei principi etici della ricerca scientifica open-access.*

*Il Giornale di Psicologia viene pubblicato sia in formato cartaceo (ISSN 1971-9558), sia in formato elettronico (ISSN 1971-9450). Quest'ultimo è liberamente (e gratuitamente) accessibile da ogni studioso, ricercatore, studente o curioso o quant'altro di tutto il mondo.*

*Tutte le comunicazioni da e per il Giornale di Psicologia avvengono via internet ovvero via e-mail, a meno che non venga specificata la necessità di produrre materiali cartacei o dichiarazioni in copia ufficiale.*

*Per la proposta di articoli, occorre fare riferimento alle norme indicate nelle loro linee principali qui oltre e più estesamente sul sito internet.*

*Chiunque accede al Giornale di Psicologia si impegna automaticamente a leggere e quindi a conoscere, accettare e rispettare nel dettaglio tutte le caratteristiche del Giornale di Psicologia quali vengono descritte al sito ufficiale: http://giornaledipsicologia.it.*


*CON RIFERIMENTO ALLA LEGGE ITALIANA SULLA STAMPA:*

*Il Giornale di Psicologia è una pubblicazione quadrimestrale a carattere scientifico, iscritta al registro periodici del Tribunale di Milano.*

*Direttore Responsabile: Felice Perussia.*

*Il Giornale di Psicologia (ISSN 1971-9558) viene stampato in forma cartacea.*

*Il sito internet giornaledipsicologia.it ospita al suo interno l'edizione online (ISSN 1971-9450) del Giornale di Psicologia stesso.*

*La parte relativa al Giornale di Psicologia è solo quella contenuta nella sezione http://giornaledipsicologia.it/gdp*

*Il resto del sito non ha carattere di pubblicazione peridodica, non è parte integrante del Giornale di Psicologia ed è autonomo.*

*Editore: Psicotecnica srl – Viale Premuda, 17, 20129 Milano*

*Poligrafato nel mese di dicembre 2007 presso: Tecnos srl, viale Umbria 9a, 20135 Milano*



*® "Giornale di Psicologia" è un marchio registrato, che appartiene a Psicotecnica Srl, Milano.*

Ringraziamo sentitamente, per la gentile quanto preziosa disponibilità, il COMITATO dei CORRISPONDENTI SCIENTIFICI del *Giornale di Psicologia*:


Simonetta ADAMO
Università Bicocca di Milano

Guido AMORETTI
Università di Genova

Tiziano AGOSTINI
Università di Trieste

Luigi ANOLLI
Università Bicocca di Milano

Alessandro ANTONIETTI
Università Cattolica di Milano

Ritagrazia ARDONE
Università La Sapienza di Roma

Grazia ATTILI
Università La Sapienza di Roma

Sebastiano BAGNARA
Università di Siena

Bruno BALDARO
Università di Bologna

Pier Luigi BALDI
Università Cattolica di Milano

Bruno BARA
Università di Torino

Gabriella BARTOLI
Università Roma Tre di Roma

Guglielmo BELLELLI
Università di Bari

Giorgio BELLOTTI
Università dell'Insubria Como Varese

Massimo BELLOTTO
Università di Verona

Eleonora BILOTTA
Università della Calabria

Marino BONAIUTO
Università La Sapienza di Roma

Nicolao BONINI
Università di Trento

Franco BORGOGNO
Università di Torino

Claudio BOSIO
Università Cattolica di Milano

Maria Antonella BRANDIMONTE
Università Suor Orsola Benincasa di Napoli

Giovanni BRIANTE
Università di Torino

Nicola BRUNO
Università di Trieste

Luisa BRUNORI
Università di Bologna

Piera BRUSTIA
Università di Torino

Cristina CACCIARI
Università di Modena e Reggio

Gian Vittorio CAPRARA
Università La Sapienza di Roma

Maurizio CARDACI
Università di Palermo

Clara CASCO
Università di Padova

Vincenzo CARETTI
Università di Palermo

Cristiano CASTELFRANCHI
Università di Siena

Vittorio CIGOLI
Università Cattolica di Milano

Francesco Paolo COLUCCI
Università Bicocca di Milano

Roberto CUBELLI
Università di Trento

Nino DAZZI
Università La Sapienza di Roma

Rossana DE BENI
Università di Padova

Alessandra DE CORO
Università La Sapienza di Roma

Vilfredo DE PASCALIS
Università La Sapienza di Roma

Annamaria DE ROSA
Università La Sapienza di Roma

Carlamaria DEL MIGLIO
Università La Sapienza di Roma

Antonella DELLE FAVE
Università Statale di Milano

Marco DEPOLO
Università di Bologna

Santo DI NUOVO
Università di Catania

Angela Maria DI VITA
Università di Palermo

Giovanni Andrea FAVA
Università di Bologna

Graziella FAVA VIZIELLO
Università di Padova

Ino FLORES D'ARCAIS
Università di Padova

Teresa FOGLIANI
Università di Catania

Mario FORZI
Università di Trieste

Laura FRUGGERI
Università di Parma

Mario FULCHERI
Università di Chieti e Pescara

Dario GALATI
Università di Torino

Giuliano GEMINIANI
Università di Torino

Anna Maria GIANNINI
Università La Sapienza di Roma

Dino GIOVANNINI
Università di Modena e Reggio

Erminio GIUS
Università di Padova

Fiorella GIUSBERTI
Università di Bologna

Antonio GODINO
Università del Salento

Massimo GRASSO
Università La Sapienza di Roma

Alberto GRECO
Università di Genova

Guglielmo GULOTTA
Università di Torino

Antonio IMBASCIATI
Università di Brescia

Paolo INGHILLERI
Università Statale di Milano

Giulio LANCIONI
Università di Bari

Margherita LANG
Università Bicocca di Milano

Alessandro LAUDANNA
Università di Salerno

Gioacchino LAVANCO
Università di Palermo

Orazio LICCIARDELLO
Università di Catania

Vittorio LINGIARDI
Università La Sapienza di Roma

Giovanni Pietro LOMBARDO
Università La Sapienza di Roma

Girolamo LO VERSO
Università di Palermo

Cesare MAFFEI
Università San Raffaele di Milano

Marisa MALAGOLI TOGLIATTI
Università La Sapienza di Roma

Anna Maria MANGANELLI
Università di Padova

Franco MARINI
Università di Cagliari

Giuseppe MANTOVANI
Università di Padova

Gianni MAROCCI
Università di Firenze

Carlo Alberto MARZI
Università di Verona

Francesco Saverio MARUCCI
Università La Sapienza di Roma

Olimpia MATARAZZO
Seconda Università di Napoli

Jacques MEHLER
Sissa Isad di Trieste

Mauro MELEDDU
Università di Cagliari

Orazio MIGLINO
Università Federico II di Napoli

Giuseppe MININNI
Università di Bari

Marina MIZZAU
Università di Bologna

Paolo MODERATO
Università IULM di Milano

Egidio MOJA
Università Statale di Milano

Enrico MOLINARI
Università Cattolica di Milano

Gianni MONTESARCHIO
Università La Sapienza di Roma

Roberto NICOLETTI
Università di Bologna

Giovanna NIGRO
Seconda Università di Napoli

Adele NUNZIANTE CESARO
Università Federico II di Napoli

Marta OLIVETTI BELARDINELLI
Università La Sapienza di Roma

Fiorangela ONEROSO di LISA
Università di Salerno

Francesca ORTU
Università La Sapienza di Roma

Patrizia PATRIZI
Università di Sassari

Adolfo PAZZAGLI
Università di Firenze

Eliano PESSA
Università di Pavia

Claudia PICCARDO
Università di Torino

Isabella POGGI
Università Roma Tre di Roma

Barbara POJAGHI
Università di Macerata

Marco POLI
Università Statale di Milano

Maria Luisa POMBENI
Università di Bologna

Gabriella PRAVETTONI
Università Statale di Milano

Gabriele PROFITA
Università di Palermo

Gian Piero QUAGLINO
Università di Torino

Marcella RAVENNA
Università di Ferrara

Alessandra RE
Università di Torino

Mario REDA
Università di Siena

Camillo REGALIA
Università Cattolica di Milano

Paolo RENZI
Università La Sapienza di Roma

Dario ROMANO
Università Bicocca di Milano

Serena ROSSI
Università di Urbino

Francesco ROVETTO
Università di Parma

Sandro RUBICHI
Università di Modena e Reggio

Vittorio RUBINI
Università di Padova

Rino RUMIATI
Università di Padova

Sergio SALVATORE
Università del Salento

Alessandro SALVINI
Università di Padova

Piero SALZARULO
Università di Firenze

Marco SAMBIN
Università di Padova

Lucio SARNO
Università San Raffaele di Milano

Ugo SAVARDI
Università di Verona

Eugenia SCABINI
Università Cattolica di Milano

Carmencita SERINO
Università di Bari

Maria SINATRA
Università di Bari

Giovanni SIRI
Università San Raffaele di Milano

Saulo SIRIGATTI
Università di Firenze

Giovanni SPRINI
Università di Palermo

Cristina STEFANILE
Università di Firenze

Renata TAMBELLI
Università La Sapienza di Roma

Angelo TARTABINI
Università di Parma

Rosanna TRENTIN
Università di Padova

Valeria UGAZIO
Università di Bergamo

Paolo VALERIO
Università Federico II di Napoli

Tomaso VECCHI
Università di Pavia

Serena VEGGETTI
Università La Sapienza di Roma

Fabio VEGLIA
Università di Torino

Giovanni Bruno VICARIO
Università di Udine

Marco VILLAMIRA
Università Iulm di Milano

Cristiano VIOLANI
Università La Sapienza di Roma

Chiara VOLPATO
Università Bicocca di Milano

Vanda ZAMMUNER
Università di Padova

Bruna ZANI
Università di Bologna

Pierluigi ZOCCOLOTTI
Università La Sapienza di Roma

Cristina ZUCCHERMAGLIO
Università La Sapienza di Roma

Andrzej ZUCZKOWSKI
Università di Macera

## *Giornale di Psicologia*
# *Norme per gli Autori*
*(Come proporre un articolo)*

*Il Giornale di Psicologia accoglie contributi scientifici sia ad invito sia liberi. Questi ultimi, sempre collocati nella sezione "Studi e Ricerche", vengono valutati separatamente da due revisori associati al Comitato dei Corrispondenti scientifici e di Redazione scientifica (referee). Le valutazioni dei revisori vengono comunicate direttamente agli Autori e la pubblicazione dell'articolo proposto sul Giornale di Psicologia è subordinata al fatto di tenere nel debito conto ciò che è stato eventualmente suggerito in tali valutazioni.*

*Gli articoli idonei alla pubblicazione sono del tipo: esperimenti, ricerche, presentazione di modelli o di teorie, analisi, commenti, rassegne critiche della letteratura, edizioni critiche di testi ecc.*

*L'argomento dell'articolo proposto deve essere chiaramente connesso ai temi della ricerca psicologica, nel senso più profondo ed ampio del termine.*

*Chi propone un manoscritto al Giornale di Psicologia si impegna automaticamente a leggere e quindi a conoscere, accettare e rispettare tutte le caratteristiche del Giornale di Psicologia quali vengono descritte al sito ufficiale: http://giornaledipsicologia.it.*

*Gli Autori, nel sottoporre un manoscritto al Giornale di Psicologia, si impegnano automaticamente a rispettare (e dichiarano di avere rispettato), nella redazione del testo così come nella realizzazione della ricerca da cui il testo deriva, tutti gli standard etici e deontologici, nonché il corretto trattamento dei soggetti (umani e animali) ovvero il rispetto delle leggi e particolarmente della privacy e dell'uguaglianza di "sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali" ecc*

*L'accettazione dell'articolo da parte del Giornale di Psicologia comporta automaticamente l'impegno da parte dell'Autore a concedere i diritti d'autore per la specifica edizione che si realizza sul Giornale di Psicologia.*

*Il Giornale di Psicologia esercita, nei limiti del possibile, un puntuale controllo di qualità editoriale dei testi. Tuttavia non è prevista la correzione di bozze da parte della redazione, pertanto l'articolo deve essere assolutamente corretto e pronto per la pubblicazione. La redazione del Giornale di Psicologia si riserva di verificare la correttezza tipografica delle bozze stesse, ma senza impegno e declinando ogni responsabilità sull'esattezza grammaticale, sintattica, grafica ecc del testo, che viene lasciata tutta (onori e oneri) agli Autori, unici responsabili della stesura del testo sia per i contenuti scientifici che per eventuali errori tipografici*

*Il testo dovrà essere, in linea di massima, in carattere Garamond o Times o simili. Il formato potrà essere preferibilmente Rich Text Format (.rtf) oppure anche OpenOffice Text Format (.sxw) o Microsoft Word Format (.doc). Va acclusa comunque anche una copia in Portable Document Format (.pdf). Le eventuali illustrazioni dovranno essere in .jpeg oppure in .bmp.*

*Le norme editoriali di stesura dei contributi liberi sono quelle convenzionali delle pubblicazioni scientifiche internazionali.*

*La struttura dell'articolo, anche per poter entrare in modo ottimale nei meccanismi di diffusione internazionale della ricerca, dovrà informarsi ai criteri indicati sul sito internet (giornaledipsicologia.it) in tutti i suoi aspetti, in particolare per quanto riguarda: Titolo; Abstract; Riassunto; Parole chiave; Riferimenti bibliografici.*

*Non si restituiscono gli articoli inviati per la pubblicazione, anche se rifiutati. Così come non si restituisce nessuno degli altri materiali eventualmente inviati.*

*Gli Autori sono invitati a conservare una copia del lavoro inviato perché la direzione del Giornale di Psicologia non si assume alcuna responsabilità per quanto riguarda la perdita o il danneggiamento dei materiali inviati.*

*La sede redazionale del Giornale di Psicologia è attualmente presso il Direttore: Felice Perussia, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, Via Po, 14, 10123 Torino.*

*La gestione delle comunicazioni relative al Giornale di Psicologia avviene, nei limiti del possibile, completamente attraverso internet.*

*Gli indirizzi utili per inviare comunicazioni sono:*

*direzione @ giornaledipsicologia.it*
*redazione @ giornaledipsicologia.it*

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

# Editoriale

Provare: si può. Nonostante i dubbi che sorgono spontanei quando ci si prova davvero. Capita infatti che ci siano più ragioni (ed emozioni) che spingono verso il non-fare, rispetto a quelle che spingono verso il fare. Ma abbiamo anche sentito che le nostre piccole speranze erano più forti delle nostre grandi incertezze. Per cui, visto che provare si può: noi ci proviamo.

Lo scenario della psicologia italiana (e oltre) nel 2007 non è molto diverso dal resto del Paese (e del mondo). Molti dicono che manca questo o quello o quel-non-si-sa-che, nello spirito della gente e più ancora nella cultura diffusa. Molti suggeriscono che occorre cambiare e che intellettuali e scienziati debbono darsi da fare per fare qualcosa. Molti ritengono che qualcuno dovrebbe realizzare delle iniziative utili.

E' poco probabile che il *Giornale di Psicologia* possa sistemare le turbolenze della nazione; o anche solo che possa risolvere i dubbi della psicologia. E tutto sommato noi speriamo vivamente che non lo faccia. Tuttavia, stimolati dal dialogo con tanti amici che sottolineavano la necessità di agire, pur magari senza sentirsi di farlo da soli, abbiamo deciso di inalberare la nostra migliore faccia tosta e di sviluppare questo nostro tentativo.

La forte adesione che abbiamo raccolto, da parte del movimento psicologico (in primo luogo, e per noi è un punto di orgoglio: italiano) a questo progetto così radicalmente freeware e open-access, ci ha dato forza ulteriore, anche nella fiducia delle opportunità che soprattutto internet offre alla comunità internazionale degli studiosi e dei ricercatori.

Mentre l'immediata solidarietà di così tanti e intelligenti colleghi, che sono poi diventati sempre più numerosi nel tempo fino a consolidarsi in un gruppo davvero molto ampio e straordinariamente rappresentativo della scienza psicologica italiana (e internazionale), pareva riverberare ancora, come in un sussurro, l'eco di quella piccola ma pervicace idea di partenza: che provare si può.

Un giornale scientifico si presenta più che altro da solo, nella testimonianza dei testi che pubblica. Questo numero del *Giornale di Psicologia* si struttura in tre parti. La prima sezione, che coincide con gli "Studi e ricerche" (parte strutturale del *GdP*), presenta quattro contributi, proposti da studiosi e ricercatori. Si tratta di lavori su temi diversi, come è tipico per un giornale scientifico di questo genere.

La seconda rubrica contiene una sezione monografica (come ne sono previste anche in futuro); dedicata questa volta alla percezione sociale del counseling sia da parte degli operatori esperti sia da parte del pubblico. Si apre con una rassegna di primo inquadramento sul tema, seguita da tre ricerche di scenario su questa disciplina, che ormai coinvolge in misura crescente anche la psicologia.

La terza parte, che coincide con la rubrica di "Attualità" (altra sezione strutturale del *GdP*), è dedicata alla (ri)proposta di un documento storico per la psicologia, prodotto dallo *United States Information Service* per i medici, in accompagnamento al "Corpo di liberazione" statunitense nel 1944. Si tratta di una testimonianza rappresentativa su fatti, spesso ignorati, relativi a certe nostre radici. Dove si rileva tra l'altro che la terapia di gruppo si è sviluppata in primo luogo in seguito agli ordini di servizio dell'amministrazione militare statunitense. Dove si coglie la natura quasi esclusivamente ipnotica e ipno-drammatica di quella che curiosamente i più autorevoli psicoanalisti statunitensi chiamano "terapia psicoanalitica".

Aggiungiamo che, per altre questioni tecniche, o relative allo spirito e alla filosofia ecc del *Giornale di Psicologia*, rimandiamo alla parte più generale del sito internet (*giornaledipsicologia.it*) che fa da contorno e da supporto al *GdP* vero e proprio nella sua forma di pubblicazione scientifica (*gdp.giornaledipsicologia.it*).

Su altre questioni di fondo, come ad esempio sulla nostra strategia epistemologica o sulla nostra volontà di testimoniare per la psicologia una possibilità di essere più ottimista di quanto a volte si possa credere, cercheremo di tornare nelle (speriamo: molte) occasioni future.

Ricordiamo infine che: si può criticare solo chi fa. Per cui: cercheremo di farne tesoro. Su che cosa siamo esattamente: lo sapremo solo vivendo. Per ora il nostro spirito è che: provare si può. E noi ci proviamo.

FP



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

# Verso l'ideale dell'etica e della responsabilità collettiva: Riflessioni sulla cooperazione e il capitale sociale fra teoria e utopia

Eugenio DE GREGORIO, Patrizia PATRIZI
Università di Sassari

ABSTRACT - *Towards the ideal of ethics and collective responsibility: Reflections on cooperation and social capital between theory and utopia* - Towards the ideal of ethics and collective responsibility: Reflections on cooperation and capital between theory and utopia The article introduces a contribution to the theoretical reflections about the concepts of ethics and responsibility. The treatment crosses the concepts and it deal with them having recourse to definitions proposed in social psychology, philosophy, and economy. Specifically, our concern is addressed to the related themes which, in latest years, have been linked to ethics and responsibility: trust, social capital, cooperation and competition: Which are implications of reciprocal behaviors? Which processes does reciprocity feed, and which implications towards a collective responsibility? How could scholars define and study collective responsibility beyond risks of disengagement? The whole account plays between theoretical frames and real life contexts and between individual aspects and collective dimensions of processes and matters at issue. Theoretical proposals are discussed by means of organizational world and real life contexts in order to make our reader – reflexively and actively – actor of his own future, which is already here. - KEY WORDS: Ethics, Individual responsibility, Collective responsibility, Agency, Trust, Social capital.

RIASSUNTO – L'articolo presentato in queste pagine costituisce un contributo teorico alle riflessioni sui costrutti di etica e responsabilità. La trattazione attraversa i concetti e li affronta facendo ricorso alle definizioni proposte in psicologia sociale, filosofia, economia. Particolare attenzione è posta ai costrutti affini che, nel corso degli ultimi anni, sono stati associati a quelli di etica e responsabilità: fiducia, capitale sociale, cooperazione e competizione: quali sono le implicazioni della reciprocità? Quali i processi che - alimentati da questa - contribuiscono ad accrescere un senso di responsabilità collettiva? Come definire e studiare la responsabilità collettiva al di là del rischio del disimpegno? Il quadro complessivamente delineato gioca fra le cornici teoriche e i contesti reali e fra variabili individuali e dimensione collettiva dei processi e degli argomenti trattati. Le riflessioni sono esemplificate mediante estensione al mondo organizzativo e ai contesti della vita quotidiana con l'obiettivo principale di rendere il lettore - riflessivamente - attore protagonista di un futuro che è già presente. – PAROLE CHIAVE: Etica, Responsabilità individuale, Responsabilità collettiva, Agency, Fiducia, Capitale sociale

[1] Ci sono diversi modi di parlare di responsabilità e di etica nei sistemi sociali e diversi possono essere i modi di affrontare tali argomenti nel variegato mondo delle organizzazioni. Si può scegliere di partire da complessi discorsi filosofici oppure analizzare dei casi concreti e sottoporli a disamina teorico-critica, si possono definire accuratamente entrambi i concetti e tentare di chiarirli con delle esemplificazioni oppure riflettere sulle loro implicazioni (posto che nel senso comune ci sia chiarezza su come vadano intesi). Si può ancora parlarne unendo la concretezza alla fantasia, magari scomodando i classici del pensiero psicologico e sociologico, con l'obiettivo di attivare riflessioni su aspetti della vita sociale che spesso rimangono impliciti. È questa la soluzione che scegliamo per le pagine che seguono: cosa dire intorno all'etica e alla responsabilità? perché parlare di etica e responsabilità? quale prospettiva adottare, per quale finalità: usare i concetti per analizzare

[1] Abbiamo spesso discusso con Gaetano De Leo i temi affrontati in questo contributo. Insieme abbiamo riflettuto a partire dal senso con cui i suoi insegnamenti hanno saputo interconnettere la responsabilità all'etica: entro un pensiero scientifico capace di disporsi alle dinamiche della convivenza sociale. Sentiamo forte la sua presenza nelle parole di questo scritto e nel nostro impegno a proseguire gli itinerari ai quali ci ha introdotto. Un omaggio alla memoria del nostro Maestro.



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

l'esistenza sociale con fare critico o, e questa è la nostra opzione, rilevare l'esistente per tracciare una visione di prospettiva? Prospettiva intesa qui come "sogno" da usare strategicamente: per costruire nuovi orientamenti, scenari futuri più consoni con le esigenze di un agire "relazionato" dell'attore sociale e dei sistemi che egli abita producendo realtà.

Nel 1948 F.B. Skinner, uno dei maggiori rappresentanti del comportamentismo, propose un modello di società in cui la cooperazione e le responsabilità reciproche erano gestite attraverso i principi del condizionamento operante: in *Walden Two* (questo il nome di questa utopica comunità)[2], gli individui agivano sulla base di una programmazione a priori di percorsi di sviluppo orientati a ottenere individui socievoli e collaborativi. Dalla corretta ed estensiva applicazione di questo modello sarebbe emerso uno stile di vita, una cultura della cooperazione e della socialità:

> alla domanda: chi eserciterà il controllo?, non bisogna rispondere con un nome proprio o con la descrizione di un tipo di persona (per esempio, un dittatore benevolo) o delle sue qualifiche (per esempio, un ingegnere del comportamento). Così facendo si incorrerebbe nell'errore di guardare all'individuo anziché all'ambiente che ne determina il comportamento [...]. Il prossimo passo successivo può essere compiuto solo attraverso l'esplicita progettazione di una cultura che vada oltre gli interessi immediati di coloro che esercitano il controllo o il controcontrollo (Skinner, 1971, 9-10 cit. in Mecacci, 1992, 223).

Il modello di società proposto da Skinner costituisce una delle grandi utopie della storia del pensiero che - nonostante il rigore della metodologia comportamentista - mantiene e, anzi, conferma l'idea di inapplicabilità e di suggestione utopica. È dunque impossibile parlare di cooperazione e responsabilità in una comunità o nei contesti aziendali, o si possono forse riformulare questi concetti alla luce delle più recenti riflessioni fornite dalla psicologia sociale, dalla sociologia e dalla filosofia

Nel corso degli ultimi decenni, queste discipline si sono mosse alla ricerca dei criteri d'analisi più competenti, pertinenti o efficaci rispetto ai temi della cooperazione e del conflitto, raggiungendo formulazioni teoriche talora molto diversificate. Come nell'esempio che apre questo contributo, i modelli disponibili sono stati intesi come possibili direzioni verso convivenze idealmente etiche e responsabili. Sembra tuttavia mancare ancora una cornice unitaria, un contesto coerente in cui inquadrare i diversi contributi che tendono verso la definizione di modelli generali. Ciascuno di essi assume la forma della nuova prospettiva, della tensione verso un punto di vista unico e definitivo, verso la spiegazione piuttosto che una delle spiegazioni possibili: ciascuna prospettiva viene intesa come "il" punto di vista - in grado di rendere conto di fenomeni o processi - che in realtà (proprio per aderire concettualmente a quei fenomeni e processi) necessita della molteplicità e della integrazione di punti di vista diversi. È necessario, ad esempio, che il tema della responsabilità si adatti alle nuove esigenze esplicative e passi da una concettualizzazione prettamente individualistica a modelli più "estesi", capaci di tenere conto della qualità tipicamente relazionata e interattiva dell'individuo – nel suo senso sistemico di attore sociale -, come verrà descritto nel prossimo paragrafo.

Da tempo, l'economia ha dimostrato l'importanza delle variabili psicologico-sociali nella produzione della ricchezza e del benessere: i concetti di "capitale sociale", di "fiducia" e di "reputazione" (che faranno da temi portanti nella seconda parte del contributo) rappresentano l'emergere di una nuova sensibilità ai temi dell'etica e della responsabilità, meno legata all'ambito intraindividuale, più dipendente dalle variabili collettive e comunitarie. In questo senso, il percorso che verrà descritto intende proporre un punto di vista integrato di diverse prospettive che si muovono nella stessa direzione, quella della definizione di scenari ideali di cooperazione, eticità e responsabilità.

## La responsabilità individuale

Il primo tema che vogliamo affrontare è quello della responsabilità, intesa - in una prima, ovvia, accezione – come responsabilità di un individuo chiamato a rispondere di qualcosa. Per una più pertinente caratterizzazione storica del tema della responsabilità individuale riteniamo utile fare una breve digressione nel campo della giustizia penale: qui infatti sono più evidenti le implicazioni pratiche (e maggiormente approfondite le declinazioni teoriche) della responsabilità.

Si tratta di un concetto che viene caratterizzato in termini giuridici solo a partire dalla Rivoluzione francese quando si incrociano due tematizzazioni della responsabilità alternative e, per certi versi, antitetiche. Da una parte, l'individuo è considerato re-

[2] La proposta di Skinner prende spunto dal romanzo, pubblicato nel 1854, da H.D. Thoreau e intitolato *Walden, o la vita nei boschi* (Mecacci, 1992).

sponsabile secondo le accezioni che il termine assume di pari passo all'evoluzione del concetto di "libero arbitrio": secondo una visione illuministica, rappresentata dalla c.d. Scuola classica, esso è una funzione che consente all'individuo di esercitare percorsi di azioni svincolati dall'autorità formale. È una caratterizzazione che privilegia un orientamento garantista rispetto al quale "la presunzione formale, istituzionale, legale ma anche scientifica del libero arbitrio dell'individuo – che può essere mantenuta fino a *prova contraria* – preserva l'individuo dalle intrusioni manipolative e, diremmo oggi, attributive dell'autorità costituita" (De Leo, 1996, 18). Allo stesso tempo però il libero arbitrio, come costrutto giuridico, è una sorta di fattore protettivo dell'autorità che – pur dovendosi attenere alla *presunzione di colpevolezza salvo prova contraria* – può valutare la persona come capace (o incapace) di scegliere e decidere.

Il secondo termine dell'antinomia è costituito dall'idea che - a partire dal positivismo - poggiava proprio sull'idea della possibile (necessaria) ingerenza dell'autorità formale nell'identificazione dell'individuo come responsabile/irresponsabile: si tratta di una visione deterministica in base alla quale la capacità di agire dell'essere umano è condizionata da cause certe, univocamente identificabili ora in caratteristiche fisiche, ora in variabili psico(pato)logiche oppure sociali. Il clima positivista - con la sua tendenza a indicare prescrittivamente cause ed effetti - concede all'autorità formale la facoltà di valutare l'azione individuale e ricondurne le cause a fattori stabili e - per certi aspetti - definitive.

In ambito giuridico e penale, le due concezioni hanno avuto forti implicazioni - tuttora evidenti - con particolare riferimento alle valutazione dell'"imputabilità" e della "pericolosità sociale"[3]. La relazione fra imputabilità e responsabilità è di tipo logico-temporale: "mentre nell'*imputabilità* l'attenzione è posta sul momento dell'attribuzione di un'azione ad un soggetto e dunque sulla causa di un'azione e sulla colpa, la *responsabilità* pare invece più preoccupata di sottolineare il momento delle conseguenze" (Nicoletti, 2004, 28-29).

In anni più recenti, i contributi afferenti all'interazionismo simbolico (Mead, 1934, trad. it. 1966; Hewitt, 1996, trad. it. 1999) e alla prospettiva etogenica (Harré, 1977; 1979, trad. it. 1994) hanno evidenziato l'importanza dei sistemi normativi in cui l'individuo è inserito ai fini dell'attuazione di percorsi di azione responsabile o non responsabile: secondo questi approcci, la responsabilità non è valutabile in assoluto, ma si sostanzia nella relazione fra l'individuo e altri (variamente) significativi nel suo contesto di vita, fino alle ultime formulazioni secondo le quali la costruzione della responsabilità soggettiva sarebbe una pratica discorsiva che consente all'individuo di collocarsi in un sistema di coordinate caratterizzato da posizionamenti flessibili e negoziati socialmente (Harré e Gillett, 1994, trad. it. 1996; Harré e van Langenhove, 1999; Harré e Moghaddam, 2003; De Gregorio, 2007).

Nelle proposte appena descritte, è evidente una maggiore importanza attribuita alla capacità dell'individuo di scegliere, consapevolmente e intenzionalmente, determinati percorsi d'azione: si tratta di una direzione di indagine che è stata ripresa e ampiamente approfondita da A. Bandura il quale ha proposto l'espressione di "*human agency*" per indicare la "proprietà della mente umana, per cui essa è in grado non solo di reagire a stimoli esterni e biologici, ma anche di agire attivamente nel mondo" (De Leo, 1996, 51). Secondo questa prospettiva, l'individuo diventa "soggetto" (per sé e per gli altri, in quanto dotato della capacità di attribuirsi - e la possibilità che gli venga attribuita - l'origine delle proprie azioni), "individuo" (in quanto fonte unitaria e coerente, *non-divisibile*, delle proprie azioni)[4] e "attore sociale"[5] (in quanto entità protagonista e caratterizzata da una capacità d'*azione* significativa in un contesto popolato da altri attori sociali), confermando le definizioni più classiche (evidenti anche nelle rappresentazioni del senso comune e nel diritto) della responsabilità come prerogativa di rispondere individualmente delle conseguenze delle proprie azioni.

Ciò che è importante sottolineare in questa sede sono le ricadute attuali che le formulazioni storicamente disponibili forniscono alla concettualizzazione della responsabilità dell'individuo: alla luce dei più recenti orientamenti in psicologia sociale, infat-

[3] Non ci addentreremo in tali questioni relative alle implicazioni giuridiche delle concezioni di responsabilità essendo temi che esulano dalla attuale trattazione. Rimandiamo il lettore interessato a De Leo (1996) e a Berti (2002).

[4] La definizione è tratta da Jervis (1997).

[5] La metafora dell'individuo-attore in un "palcoscenico sociale" si deve, in particolare, a Goffman (1959, trad. it. 1986; 1967, trad. it. 1971), rappresentante della prospettiva drammaturgica in sociologia e psicologia sociale, le cui formulazioni – seppure importanti nel panorama delle discipline, non rientrano nello specifico di questo contributo.

ti, è possibile definire la responsabilità (sia in contesti giudiziari che extragiudiziari) come "libertà d'agire" dell'individuo, ma in una visione che tiene conto anche delle variabili sociali e culturali, che considera cioè i sistemi di regole, le risorse (individuali e collettive) disponibili. In questo senso, la responsabilità individuale non è equiparabile *tout court* a un unico modello – seppure teoricamente ed empiricamente fondato – ma neppure alla "sommatoria dei contributi che, nelle scienze sociali e nel diritto, si riferiscono in qualche modo al problema o alle unità di analisi evocate da tale nozione. [...] è un costrutto che può generare la possibilità di cogliere non solo livelli di analisi più articolati, ma anche le forme e le qualità attraverso cui quei livelli trasversalmente si connettono" (De Leo, 1996, 7).

Secondo queste ultime prospettive, il tema della responsabilità (intesa come "rispondibilità" rispetto all'esito delle proprie azioni), in qualche modo, passa il confine dell'individuo per collocarsi in un contesto più ampio, quello sociale/esterno. Si inizia a concettualizzare l'azione umana come inserita in un "ambiente reale" popolato da altri attori sociali i quali, a loro volta, ricevono e producono influenze sulle interazioni quotidiane.

È la proposta di una visione complessa della responsabilità contraddistinta da una intrinseca tendenza all'ampliamento della prospettiva: dalla valutazione del singolo individuo a quella delle variabili contestuali, dalla persona alla persona-in-situazione (Zamperini, 1998). È, in altre parole, uno spostamento della rappresentazione di idealità: dall'azione responsabile in sé alla responsabilità come effetto e condizione, allo stesso tempo, dell'azione collettiva.

Un contributo interessante, in tal senso, viene dalle riflessioni di Max Weber riprese da Jervis (2002): secondo il sociologo tedesco bisogna distinguere la valutazione della responsabilità (più esattamente l'"etica della responsabilità", che si manifesta a partire dall'attenzione che l'attore sociale pone alle *conseguenze* delle proprie azioni) dalla etica delle buone intenzioni (detta anche "dei sentimenti personali") che si fonda su principi generali che improntano il comportamento senza un'attenta valutazione delle conseguenze dei comportamenti. Secondo la prima visione - l'etica della responsabilità - l'attore sociale

> si chiede in primo luogo se da ciò che ha deciso di fare deriveranno, in futuro, gioia oppure dolore, salvezza o morte, benessere oppure sofferenza, soluzione di problemi o aggravamento di conflitti. Chi accetta l'etica della responsabilità si pone problemi di inefficacia ed efficacia, di danni e vantaggi, di squilibri ed equilibri (Jervis, 2002, 37).

L'attore sociale è chiaramente impegnato nella previsione del "*cosa succede se…*", con particolare attenzione al contesto esterno. In altri termini l'individuo che agisce è pienamente consapevole di essere immerso in un sistema di influenze nel quale ogni sua azione ha implicazioni per le altre parti.

La seconda forma di etica – in cui l'imputazione di responsabilità è chiaramente demandata a valori assoluti – prescinde dalla causazione individuale così come identificata nei modelli precedenti: in altri termini, l'individuo può agire in maniera responsabile secondo i principi generali di riferimento, ma compiere in questo modo azioni le cui conseguenze sono eticamente non accettabili. Questa concettualizzazione rispecchia una visione razionalistica del mondo (Jervis, 2002) secondo la quale l'aderenza a principi generali, ai valori sociali e culturali, garantisce l'individuo sulla "bontà" della propria azione: si tratta di una visione, tuttavia, paradossalmente deresponsabilizzante in quanto suggerisce implicitamente all'individuo di non curarsi delle conseguenze esterne a sé delle proprie azioni, di non porre attenzione agli effetti che la sua azione può avere su altri, sull'ambiente, sulla società.

Si immaginino, a titolo esemplificativo, tutte quelle situazioni in cui qualcuno sostiene di aver agito in riferimento a una norma e di aver – magari proprio in virtù di tale comportamento – arrecato un danno (di tipo fisico, psicologico o morale) ad altri: in una situazione di questo tipo, andrà certamente tenuta in considerazione l'osservanza della norma, ma è necessario interrogarsi sulla consapevolezza che l'attore ha avuto dei possibili effetti su altri.

I temi delle aspettative (degli altri nei nostri confronti e di noi nei loro), dell'intenzionalità delle azioni e dei significati implicati in percorsi complessi di interazione ci porta a questo punto a rievocare studi e riflessioni divenuti oramai classici in ambito economico, sociologico e psicologico-sociale con particolare riferimento alla cooperazione, al conflitto e alla fiducia fra parti non coinvolte in relazioni stabili.

### Dalla teoria dei giochi al dilemma del prigioniero: la fiducia e il capitale sociale

Come è evidente da queste prime pagine, le situazioni collettive si configurano agli occhi dell'osservatore esterno come complesse, ma dotate di un'intrinseca intelligibilità: come nelle previsioni

della c.d. "epistemologia del senso comune" (Kruglanski, 1980), il mondo esterno è prevedibile in virtù dell'esperienza che ciascuno fa - in qualità di attore/osservatore - quotidianamente di esso. In questo quadro, taluni modelli teorici hanno provato a delineare scenari di razionalità assoluta, in cui cioè il comportamento delle parti coinvolte fosse di volta in volta prevedibile anticipatamente e spiegabile sulla base di algoritmi matematici. Il caso più noto è quello della "Teoria dei giochi" secondo la formulazione di J.F. Nash[6]: il modello fa riferimento alle situazioni di conflitto/cooperazione in cui due "giocatori" (ad esempio, gli stakeholder dell'impresa, gli stessi attori organizzativi) sono impegnati nella ricerca di una soluzione per risolvere un problema:

> tale soluzione è una risposta contemporaneamente al problema di cooperazione e a quello di conflitto distributivo tra gli stakeholder stessi. Inoltre […] la soluzione è definita in modo univoco, cosicché l'insieme delle soluzioni ammissibili si riduce a una sola alternativa, di modo che il miglior perseguimento dell'interesse dello stakeholder controllante l'impresa equivale alla soluzione del problema di contrattazione fra tutti gli stakeholder (Sacconi, 2004, 126).

La teoria di Nash necessita, per una sua corretta applicazione, di una serie di condizioni di base:

- è escluso qualunque riferimento a terze parti diverse dai due attori principali verso i quali gli effetti delle azioni di questi possono essere rilevabili e rilevanti,
- si assume che i giocatori condividano condizioni di razionalità: "la decisione di fare una concessione sulla base dell'utilità personale attesa in base alla probabilità di accettazione della controparte, l'ipotesi che tale disponibilità dipenda da un'analoga valutazione della controparte, e condizioni di razionalità mutuamente attesa, quali la disponibilità a non accettare qualcosa di meno di quello che sarebbe accettato dalla controparte e viceversa non pretendere che la controparte accetti qualcosa che noi non accetteremo ecc." (Sacconi, 2004, 127-128),
- tutto il meccanismo di cooperazione, gestione dei conflitti e contrattazione soddisfa criteri di equità, giustizia distributiva e razionalità degli attori coinvolti.

Si tratta, come è evidente, di condizioni difficilmente reperibili nelle situazioni quotidiane e che, inevitabilmente, richiamano l'idea di idealità descritta in precedenza. Tuttavia i riferimenti al modello sono necessari perché ci consentono di evidenziare quale è il contributo specifico che gli altri versanti dell'economia e la psicologia – in particolare la psicologia sociale – possono offrire alla comprensione di cosa si debba intendere con responsabilità.

La situazione, nota anche in ambito sperimentale, del "dilemma del prigioniero" ci consente di aprire ulteriori scenari collegati al tema della responsabilità (intesa come risposta degli effetti delle azioni individuali e collettive): nella versione classica, la simulazione prevede che due "prigionieri" vengano accusati di un delitto e rinchiusi in due celle di un carcere immaginario. Viene esclusa qualunque possibilità di contatto fra di loro e un giudice ha la certezza che uno dei due sia l'autore del reato: egli dunque propone loro una soluzione per indurli alla confessione: l'indiziato che accuserà l'altro come autore materiale del delitto verrà scarcerato e l'altro prenderà una pesante condanna (30 anni); se nessuno dei due confessa, né accusa, entrambi verranno scarcerati dopo qualche anno (supponiamo 2); con un'accusa reciproca entrambi gli attori andrebbero incontro a una condanna di 15 anni. Il cuore del dilemma sta nel fatto che ciascun prigioniero non sa cosa farà l'altro: per questa ragione, pur essendo conveniente che entrambi tacciano (in breve tempo verrebbero liberati entrambi), si espone al rischio di essere accusato e prendere il massimo della pena. In altri termini, ogni prigioniero si trova a scegliere – praticamente al buio - fra un'azione "cooperativa" (tacere) e una "ostile" (denunciare l'altro).

> La soluzione più razionale è, evidentemente, quella massimamente amichevole, ossia intercooperante: che ambedue tacciano. […] purtroppo, però, questa soluzione comporta un ferreo accordo di solidarietà. Si supponga dunque che prima di esser chiusi in cella essi si siano giurati di non aprire bocca. Ma questo significa stare in carcere per due anni: può darsi, dunque, che uno dei due non resista a questa situazione e preferisca denunciare l'altro, in modo da andarsene libero subito. Potrebbe però assalirlo un dubbio: se nel frattempo l'altro ha avuto la stessa idea starà dentro 15 anni.
> Dunque taceranno? No. È improbabile che abbiano preso accordi e ancor meno probabile che li rispettino. Purtroppo, considerando come va la natura umana, lo sbocco più verosimile è che ciascuno accusi l'altro. Peraltro va osservato che la cosa non è del tutto irrazionale: accusare l'altro è l'unico modo per esse-

[6] La storia personale e professionale di John F. Nash, matematico e premio Nobel per l'economia, nonché le linee generali della Teoria dei giochi, sono noti a tutti grazie alla rappresentazione cinematografica offerta nel film "*A beautiful mind*". Per una trattazione in italiano della sua teoria si veda Nash (2004); Gambarelli (2003) discute la teoria dei giochi in differenti contesti applicativi.

re certi di non rimanere 30 anni in prigione (Jervis, 2002, p. 203).

Situazioni di simulazione come quella appena descritta, sia in casi in cui ci sia una conoscenza pregressa fra gli attori sia in altri (quotidianamente forse più frequenti) in cui non esiste una relazione consolidata, evidenziano come per fare scelte e prendere decisioni che siano costruttivamente utili è necessario *cooperare*. È necessario cioè instaurare un livello di interazioni qualitativamente accettabile improntato alla ricerca del bene extraindividuale: come abbiamo descritto in precedenza, i prigionieri riescono ad avere il maggior beneficio solo nel caso in cui concordano (implicitamente o esplicitamente) una comune linea di condotta (nel caso specifico di non defezionare), appunto, cooperativa.

La cooperazione non condizionata da relazioni preesistenti è – come dimostrano i modelli simulativi discussi da Jervis (2002, 224) – molto difficile da ottenere soprattutto perché si fonda sulla fiducia reciproca:

> la possibilità di stabilire forme di cooperazione fra estranei che continuano a non avere un coinvolgimento diretto e a non incontrarsi neppure – per esempio i due vicini di pianerottolo – determina situazioni sostanzialmente diverse [...], qui per cooperare è necessario, e fin dall'inizio, un sovrappiù di fiducia. È la fiducia che io posso manifestare se, interagendo con uno sconosciuto di cui mi interessa ottenere la collaborazione, ritengo sufficientemente probabile che vi sarà *subito* da parte sua un atteggiamento *fair*, non profittatorio, ossia di reciprocità non disonesta e anzi positivamente affidabile. In una parola, di lealtà.

La cooperazione fra estranei è molto difficile da ottenere perché, come ha scritto Williams (1989, 12), "per produrre pratiche continuative di cooperazione le persone devono in un modo o nell'altro essere motivate ad assumere posizioni dipendenti. [...] in generale una persona non assumerà tali posizioni se non ha qualche garanzia che l'altra parte, non dipendente, non defezionerà". Va detto che la posizione di dipendenza assoluta e, di conseguenza, la necessità di una "fiducia cieca" (così come descritta dai teorici) è anch'essa una condizione difficile da trovare nella realtà, ma scegliamo di proseguire nella descrizione di scenari ideali, forse possibili, certamente pensabili.

A questo punto, argomentato che la condizione essenziale perché ci possa essere cooperazione è la fiducia[7] (Gambetta, 1988, trad. it. 1989; Kanter Moss, 2004), rimane da capire perché è necessario e utile cooperare: quale ne è il vantaggio? La letteratura sull'argomento ci spiega che esistono diversi livelli di cooperazione che derivano da scelte (razionali e non) operate sulla base di paramenti di tipo genetico (si pensi alla cooperazione/competizione in alcune specie animali: Bateson, 1989), di tipo professionale (le collaborazioni fra professionisti che mettono in comune competenze diverse), culturale (come nei casi in cui un obiettivo comune consente a un popolo, un'etnia, di fare fronte comune contro un invasore): la cooperazione, in questi casi, è dovuta al fatto che ciascuno sa che potrà ottenere un beneficio per sé se contribuirà al raggiungimento dei benefici per tutti gli altri.

In tal senso, ogni attore sociale "sceglie di giocare" su un terreno di reciprocità e di mutua solidarietà (vedi più avanti il concetto di "capitale sociale"). Indipendentemente dalla conoscenza diretta e reciproca infatti è possibile che ciascuno "faccia per gli altri ciò che vorrebbe gli altri facessero per sé" contribuendo ad alimentare un circolo virtuoso di reciproche cooperazioni. Notiamo in questo caso che i concetti di "etica dei principi" ed "etica della responsabilità" possono coesistere in quanto un valore-principio di cooperazione ultraindividuale non pregiudica la possibilità che ciascuno possa essere valutato per la bontà (o la correttezza) degli esiti (o degli effetti su altri) delle proprie azioni e questo è ancora più evidente per le aziende in quanto aggregazioni di individui: Caselli (2004, 44), a questo riguardo, definisce l'"etica oggettiva" come "un ventaglio di 'criteri' che da un lato esprimono 'valori' oggi ineludibili e dall'altro possono tradursi in comportamenti concreti ed efficaci".

Naturalmente le stesse considerazioni valgono anche in accezione negativa: chi non coopera al comune raggiungimento degli obiettivi (o peggio, chi si colloca in un'ottica di conflitto, *mors tua vita mea*), oltre a esporsi all'ostracismo da parte degli altri[8], richiama a sé attribuzioni che contribuiscono a

---

[7] "La fiducia si può definire come l'aspettativa che un soggetto, con determinate caratteristiche d'onestà e di trasparenza, compia, in situazioni di rischio percepito, azioni volte a produrre risultati positivi per chi gli concede fiducia. Nel caso della responsabilità sociale, la fiducia è l'aspettativa che un'impresa con determinate caratteristiche etiche ponga in essere azioni che producono risultati positivi per la società" (Cerana, 2004, 65).

[8] Sacconi (2004) identifica in questo meccanismo di esclusione una visione dell'etica che va oltre la legge,

sminuire la qualità della sua immagine pubblica, in altri termini la sua reputazione (Sacconi, 2004; Dasgupta, 1989; Cerana, 2004; Caprara, 2003). Dunque cooperare e reciprocare l'altruismo conviene (Jervis, 2002), così come conviene riporre fiducia nelle reti di relazione in cui siamo impegnati (Putnam, 2000, trad. it. 2004; Gambetta, 1988, trad. it. 1989). È utile precisare, a questo riguardo, che i contributi citati fanno sempre riferimento a ricerche e situazioni reali (talvolta confermate da solidi dati empirici), ma si tratta di studi che spesso traducono cooperazione, fiducia e responsabilità in termini di definizioni operative molto diverse fra loro. Non sempre, nonostante l'attenzione teorica di alcuni Autori, vengono tenute in considerazione variabili come la "prospettiva temporale" (Good, 1989), la possibilità cioè che due attori tornino a interagire con pretesa/possibilità di cooperazione in momenti successivi a quello della rilevazione sperimentale; la qualità e la quantità dei flussi di comunicazione che intercorrono fra di essi: Good (1989) ricorda, a questo riguardo, l'ambiguità presente in ogni forma di comunicazione e la possibile mistificazione legata a una non adeguata traduzione dei concetti in corrette operazioni di ricerca. Allo stesso modo, è difficile valutare gli effetti che l'attuare un comportamento cooperativo, o riporre fiducia (dipendente o meno), può avere sull'immagine di sé e sul senso di identità personale (inclusa la possibilità di identificazione e di personalizzazione dell'interlocutore)[9].

Una delle implicazioni possibili è quella di mantenere nei concetti un'aura di "lontananza dalla realtà" o, coerentemente con il tema di questo articolo, di rappresentazione sognabile.

Il meccanismo fondamentale che consente di raggiungere elevati livelli di cooperazione e responsabilizzazione reciproca in situazioni reali, di vita quotidiana, è stato identificato da R.D. Putnam (1993, trad. it. 1997; 2000, trad. it. 2004) nel "capitale sociale": si tratta di un costrutto che, dal punto di vista delle definizioni concettuali, sfuma in quello di "appartenenza", come evidenzia Cartocci (2004, 7)

> un costrutto complesso, i cui referenti empirici sono assai differenziati, esattamente come diversi sono i reticoli sociali che mettono in relazione tra loro gli individui. Esistono network formalizzati da atti di fondazione e quote annuali d'iscrizione; e vi sono network informali, come le relazioni tra vicini di casa e tra genitori di studenti della stessa scuola. Lo stesso costrutto concettuale comprende sia reticoli ascrittivi – come l'insieme dei legami familiari, che ogni individuo eredita quando nasce – sia reticoli elettivi, cui il singolo accede per libera scelta.

L'appartenenza a un gruppo, un'associazione, una comunità, favorisce nell'individuo – come argomenta ampiamente Putnam – un orientamento positivo (nel senso di collaborativo, eticamente impegnato e responsabilizzato) verso gli altri a loro volta riconosciuti membri della stessa appartenenza: si innesca un meccanismo di *affinità elettive* in cui – ricorsivamente – ogni individuo contribuisce alla (e, allo stesso tempo, giova della) positività delle relazioni instaurate[10] e svolge una funzione preventiva nei confronti della criminalità (Gatti, Schadee e Tremblay, 2002). Come ha scritto lo stesso Putnam, responsabilità, fiducia, coinvolgimento nelle relazioni interpersonali sono gli elementi fondamentali che favoriscono la creazione di una reciprocità generalizzata:

> la fiducia è un lubrificante della vita sociale. Interazioni frequenti tra vari gruppi di persone tendono a produrre una norma di reciprocità generalizzata. L'impegno civico e il capitale sociale comportano obblighi reciproci e responsabilità per l'azione. […] i reticoli sociali e le norme di reciprocità possono facilitare la cooperazione in vista del bene comune. Quando i rapporti economici e politici sono incorporati in fitte reti di interazioni sociali gli incentivi ad adottare un comportamento opportunistico e scorretto si riducono (Putnam, 2000, trad. it. 2004, 18).

Sembra evidente al punto in cui siamo arrivati che la responsabilizzazione del singolo è la premessa essenziale perché egli stesso riceva dagli altri – in virtù delle norme di reciprocità – atteggiamenti e comportamenti improntati da analogo senso di responsabilità; allo stesso modo dare fiducia consente di riceverne e un ragionamento simile si può proporre a proposito dell'etica: il passaggio successivo consiste nel riconoscere come le singole responsabilità individuali possano integrarsi in una comune responsabilità collettiva che – escludendo una mera logica sommatoria – possa essere intesa allo stesso

un'*etica ultranormativa* fondata su principi condivisi. Si tratta, a nostro avviso, di una interpretazione in chiave psicologico-sociale dell'etica.

[9] Sono noti, a questo proposito, gli studi di Milgram (1963) e di Zimbardo (2004) sugli effetti del travisamento del volto nell'attuazione di comportamenti aggressivi e/o antisociali.

[10] Si noti in questo caso che stiamo parlando di situazioni di più ampio respiro – appunto comunitarie – di quelle descritte nelle prime pagine di questo articolo.

tempo come il fondamento e punto di arrivo dell'etica.

## La responsabilità collettiva

Come scrivevamo in apertura, etica e responsabilità d'impresa sono di solito trattate secondo un punto di vista economico e sociologico; a nostro avviso, tuttavia, merita un approfondimento anche il punto di vista psicologico-sociale: concordemente con quanto afferma Caselli (2004, p. 36) infatti «le organizzazioni sono lo "strumento" utilizzato dai soggetti umani al fine di poter svolgere specifiche attività che risulterebbe impossibile, o più difficile, affrontare al livello del singolo individuo. L'esistenza delle organizzazioni è connessa con atti di volontà di soggetti umani che di esse si servono strumentalmente».

Tale variazione di prospettiva si può intendere in un duplice senso:

- come "responsabilità collettiva" (avendo la psicologia sociale dichiaratamente l'obiettivo di studiare gli individui, i loro sistemi e i gruppi in interazione), cioè come aspetto olistico, globale, dell'azione;
- come "responsabilità sociale", cioè come sistema valoriale e normativo dell'azienda verso i suoi stakeholder (questa prospettiva è ovviamente condivisa con la psicologia del lavoro e delle organizzazioni).

Questi approcci richiamano direttamente i concetti descritti nei paragrafi precedenti, in particolare quello di "partecipazione" (coerentemente con quanto abbiamo scritto a proposito del capitale sociale) e quello di "resoconto su un percorso d'azione o di una scelta" (direttamente collegato al tema della responsabilità individuale): ampliando la prospettiva dall'individuo al contesto più ampio, è ragionevole sostenere che la pretesa/richiesta di responsabilità debba essere riferita a un'unità ultraindividuale; può dunque la psicologia sociale – rivolgendosi a sistemi di individui (ad esempio, le aziende)[11] – richiedere processi di *accountability* collettivo (Rusconi, 2004)? Si può cioè imputare di (ir)responsabilità un agente collettivo? Come sottolinea Caselli (2004, 49), l'impresa - anche nella sua dimensione etica - è costituita da un insieme di "attori sociali che concorrono alla definizione del mercato e dell'ambiente. E l'ambiente è, a sua volta, un mix inestricabile di elementi economici e non economici che si riversano nell'impresa e ne determinano le molteplici e multiformi relazioni competitive, collaborative, politiche, culturali, morali". In tal senso, viene legittimata l'ipotesi di considerare l'impresa come un *unico attore sociale* portatore di una configurazione etica, economica e culturale che non è direttamente riconducile alla sommatoria degli individui che la compongono[12], né direttamente rilevabile in codici etici e deontologici (Trognon, 2004): si tratta di una funzione più complessa che investe le appartenenze sociali, i contesti. È questa, a nostro avviso, un'ulteriore accezione della responsabilità collettiva in senso psicologico-sociale.

Secondo Cerana (2004) l'impresa - avendo una responsabilità sociale verso l'ambiente in cui opera - instaura con esso un "contratto sociale" in base al quale essa è responsabile "non solo per gli effetti - positivi e negativi - dei propri comportamenti, ma deve contribuire più in generale al miglioramento della qualità di vita dell'ambiente in cui opera" (*ibidem*, 30). La responsabilità sociale d'impresa prevede che le aziende si facciano carico delle conseguenze del loro operato nell'ambiente: "non possono più esimersi dall'allargare la loro responsabilità dalla sfera economica a quella sociale. Il problema sta nel come trasferire questa socialità all'interno e all'esterno dell'organizzazione e nel come risolvere le contraddizioni relative agli eventuali conflitti fra gli interessi dei diversi stakeholder d'impresa" (*ibidem*, 31): tutto ciò evidentemente ha a che fare con l'etica e ha collegamenti con i concetti di "fiducia" (pensiamo alle implicazioni per gli investitori e gli azionisti di certe politiche di alcune aziende nei confronti dell'ambiente esterno o dei loro stessi dipendenti) e di "capitale sociale": se l'azienda è cioè un

[11] A questo punto della trattazione, l'estensione delle riflessioni ad un contesto più ampio dell'individuo ci porta inevitabilmente a richiamare il sociale organizzato: tutti i riferimenti che seguono hanno funzione esemplificativa, non essendo le considerazioni prodotte riconducibili esclusivamente a questo settore.

[12] A questo riguardo scrive Varchetta (2004, 162-163): "Quella che è entrata in crisi, rispetto al concetto e al vissuto di *responsabilità*, è una concezione normativa della stessa che abbia come diretto riferimento le caratteristiche etiche dell'attore e, insieme, dell'azione compiuta. […] L'idea forte che attraversa […] la nuova concezione di *responsabilità* è il recupero di una cultura della *responsabilità* stessa riprecisata nei suoi aspetti relazionali. La *responsabilità* sarebbe così una dimensione squisitamente individuale dell'attore separato dalla sua azione; la *responsabilità* sarebbe bensì un rapporto tra la gente che agisce e la sua azione e, in questo senso, un concetto euristico, relazionale, contestualizzato, contingente".

attore collettivo, in tale ruolo ha (e deve) un capitale sociale nei confronti di altri attori organizzativi. Lo stesso termine di "responsabilità" include sia l'elemento "rispondente" (l'attore sociale o organizzativo che ha deviato da una norma) sia il contesto più ampio (Marra, 2002; Draetta, 2002): "il luogo del sorgere della problematica della responsabilità è l'orizzonte delle relazioni interpersonali e in particolare della loro dimensione giuridica e sociale in connessione anche con la sfera del sacro" (Nicoletti, 2004, 27).

La principale implicazione di questa prospettiva è che il singolo individuo si trova coinvolto in un circuito di posizionamenti etici in cui i valori, i comportamenti, i modelli culturali sono veicolati attraverso il coinvolgimento e il dialogo con tutti i referenti contestuali (Cerana, 2004). Apel (1992) - filosofo della scienza - e Habermas (2004) - sociologo della comunicazione - si sono riferiti a questi processi nei termini, rispettivamente, di "etica della comunicazione" ed "etica del discorso": cosa si debba intendere con questi concetti è chiarito proprio da una prospettiva psicologico-sociale. Quello che gli Autori propongono è una visione dell'etica in un contesto di comunicazione fra attori sociali e di esclusione del valore assoluto in sé: è etico ciò che *non viene affermato in termini assoluti*, è etica la ricerca del consenso e la messa in discussione dei propri punti di vista (valori, comportamenti, atteggiamenti) con altri referenti del mondo sociale; è etica – in altri termini – la comunicazione come strumento per la ricerca del consenso (generalizzato) per obiettivi condivisi. Senza comunicazione – che a questo punto diventa essa stessa un valore etico – il rischio di fratture nelle relazioni interpersonali, il rischio di produrre conflitti, è maggiore (De Leo, De Gregorio, Grasso, *in stampa*).

Dal punto di vista organizzativo, il principio dell'etica della comunicazione ha evidenti implicazioni nel rapporto fra individuo, azienda e stakeholders (Varchetta, 2004; Romiti, 2004): la ricerca del consenso come pratica comunicativa attiene secondo quanto sostenuto da Apel (2004) a un livello sovraindividuale di comportamento responsabile, alla costruzione di intese, alla ricerca di un punto di vista comune. Come è evidente, questi temi hanno a che fare con quello che in precedenza è stato chiamato "capitale sociale" (Putnam, 2000) – cioè, i crediti non direttamente monetizzabili (Sen, 1992)[13] - e con la "reputazione" (Sacconi, 2004; Dasgupta, 1989) di un attore organizzativo rispetto agli altri.

In questo senso, etica e responsabilità sono funzioni che circolano in un contesto (De Leo, 1996; De Leo, De Gregorio, Grasso, *in stampa*): secondo la definizione di etica come "ecologia della responsabilità", l'azione individuale è etica nella misura in cui si inscrive in un quadro di consapevolezza degli effetti delle proprie azioni, della regolazione del comportamento in considerazione del fatto che esso ha implicazioni e conseguenze a un livello extraindividuale, collettivo, sociale (De Leo, 1996). Considerare la responsabilità secondo un approccio ecologico significa valutare la consapevolezza che l'attore sociale ha degli effetti della propria azione (Zamperini, 1998; Ricoeur, 2004; Jonas, 2002)[14]. Ma significa anche - secondo il concetto di capitale sociale e se è reciproca - leggere la responsabilità individuale come inserita in un contesto che produce – circolarmente, interattivamente – un impegno distribuito e collettivo: se l'individuo agisce responsabilmente in un ambiente che produce comportamenti responsabili il circolo virtuoso della responsabilizzazione è destinato ad autoalimentarsi; se invece egli si muove in un contesto in cui esistono "vuoti di responsabilità" (dislocazioni, attribuzioni esterne e incontrollabili) è probabile che il processo si arresti e, anzi, si inverta rafforzando un consolidamento di "circuiti di irresponsabilità", per cui:

> l'obiezione [...] relativa all'impotenza del singolo di fronte alle conseguenze imprevedibili delle nostre azioni collettive [...] diventa allora, e solo allora, inconsistente, se ci si rende conto che non si tratta affatto dell'assunzione da parte del singolo *da solo* di una responsabilità metafisica per il futuro, ma soltanto – a dire il vero – del fatto che egli, già nella lettura mattutina del giornale, pensi a come poter *partecipare*

[13] Amartya Sen (1992; 2000; 2003a,b), premio Nobel per l'economia nel 1998, ha evidenziato che le concezioni dell'economia classica hanno trascurato il fondamentale valore dell'etica e ha proposto, con argomentazioni scientifiche e filosofiche, una rivalutazione dell'etica nei processi economici come dimensione imprescindibile. Sullo stesso argomento si può leggere anche l'ottimo saggio di Dasgupta (1989).

[14] H. Jonas, in particolare, stabilisce un collegamento fra etica, filosofia e ricerca biomedica. Parafrasando uno degli imperativi kantiani, egli esorta lo scienziato: «Agisci in modo che le conseguenze della tua azione non distruggano la possibilità di vita futura». È un chiaro orientamento al futuro, una visione della responsabilità riferita agli effetti e alle conseguenze future dell'azione piuttosto che – come hanno illustrato i riferimenti alle norme penali – all'imputazione di un comportamento passato.

*all'organizzazione della responsabilità collettiva* – ciascuno secondo la sua competenza e la sua forza. Tale impegno, attraverso la partecipazione del singolo a corrispondenti discorsi di valore pratico, avviene in realtà già sempre a innumerevoli livelli, istituzionali e informali, di organizzazione (Apel, 2004, 93).

E questo, più che un'utopia, è un sogno. Che può diventare realtà.

## Bibliografia


Apel, K. O. (1992). *Etica della comunicazione*. Milano: Jaka book.

Apel, K. O. (2004). Responsabilità oggi. Soltanto un principio di preservazione e autolimitazione oppure pur sempre di liberazione e realizzazione dell'umanità?. In Apel, K. O., Becchi, P., Ricoeur, P. editors. *Hans Jonas. Il filosofo e la responsabilità*. Milano: Alboversorio, 69-101.

Bateson, P. (1989). L'evoluzione biologica della cooperazione e della fiducia. In Gambetta, D. editor. *Le strategie della fiducia*. Torino: Einaudi, 19-39.

Berti, C. (2002). *Psicologia sociale della giustizia*. Bologna: Il Mulino.

Caprara, G. V. (2003). *Tempi moderni. Psicologia per la politica*. Firenze: Giunti.

Cartocci, R. (2004). Presentazione. In Putnam, R. D. *Capitale sociale e individualismo*. Bologna: Il Mulino.

Caselli, L. (2004). Neppure le imprese possono fare a meno dell'etica. In Rusconi, G., Dorigatti, M. editors. *La responsabilità sociale di impresa*. Milano: Franco Angeli, 36-56.

Cerana, N. (2004) (editor). *Comunicare la responsabilità sociale. Teorie, modelli, strumenti e casi d'eccellenza*. Milano: Franco Angeli.

Dasgupta, P. (1989). La fiducia come bene economico. In Gambetta, D. editor. *Le strategie della fiducia*. Torino: Einaudi, 63-93.

De Gregorio, E. (2007). *Posizionamento narrativo e azioni: la ricerca computer-assistita in psicologia sociale della devianza*. Roma: Aracne.

De Leo, G. (1996). *Psicologia della responsabilità*. Bari-Roma: Laterza.

De Leo, G., De Gregorio E., Grasso A.E. (*in stampa*) (editors). *La farfalla e la locomotiva. Modelli teorici e proposte operative per una formazione etica*. Milano: Giuffrè.

Draetta, U. (2002). Prefazione. In Marra, A. editor. *L'etica aziendale come motore di progresso e di successo.* Milano: Franco Angeli, 11-16.

Gambarelli, G. (2003). *Giochi competitivi e cooperativi: per applicazioni a problemi decisionali di natura industriale, economica, commerciale, militare, politica, sportiva* (II edizione). Torino: Giappichelli.

Gambetta, D. (1988) (editor). *Trust, Making and Breaking Cooperative Relations*. Oxford: Blackwell; trad. it. *Le strategie della fiducia. Indagini sulla razionalità della cooperazione*. Torino: Einaudi, 1989.

Gatti, U., Schadee H. M. A., Tremblay, R. E. (2002). *Capitale sociale e reati contro il patrimonio. Il senso civico come fattore di prevenzione dei furti d'auto e delle rapine nelle province italiane*. Polis, 16 (1), 57-71.

Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. Garden City: Doubleday; trad. it. *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: Il Mulino, 1986.

Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual*. Garden City: Doubleday; trad. it. *Il rituale dell'interazione*. Bologna: Il Mulino, 1971.

Good, D. (1989). *Individui, relazioni interpersonali e fiducia*. In Gambetta, D. editor. *Le strategie della fiducia*. Torino: Einaudi, 41-62.

Habermas, J. (2004). *Etica del discorso* (IV edizione). Bari-Roma: Laterza.

Harré, R. (1977). The Ethogenic Approach: Theory and Practice. In Berkowitz, L. editor. *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 10. London: Academic Press, 284-314.

Harré, R. (1979). *Social Being*. Oxford: Blackwell Publishers; trad. it. *L'uomo sociale*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1994.

Harré, R., Gillett, G. (1994). *The Discoursive Mind*. London: Sage; trad. it. *La mente discorsiva.* Milano: Raffaello Cortina Editore, 1996.

Harré, R., Moghaddam, F. M. (2003). *The Self and the Others: Positioning Individuals and Groups in Personal, Political and Cultural Contexts*. New York: Praeger.

Harré, R., Van Langenhove, L. (1999) (editors). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell Publishers.

Hewitt, J. P. (1996). *Self and Society. A Symbolic Interactionist Social Psychology* (7th edition). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon; trad. it. *Sé e società. Un'introduzione alla psicologia sociale*. Roma: Carocci, 1999.

Jervis, G. (1997). *Fondamenti di psicologia dinamica. Un'introduzione allo studio della vita quotidiana* (V edizione). Milano: Feltrinelli.

Jervis, G. (2002). *Individualismo e cooperazione. Psicologia della politica*. Bari-Roma: Laterza.

Jonas, H. (2002). *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica* (III edizione). Torino: Einaudi (ed. or. *Das Prinzip Verantwortung*. Frankfurt: Insel, 1979).

Kanter Moss, R. (2004), *Confidence. Come la fiducia aiuta a costruire il successo.* Milano: Guerini e Associati.

Kruglanski, A. (1980). Lay epistomo-logic processes and contents: Another look at attribution theory. *Psychological Review*, 87, 70–87.

Marra, A. (2002). *Etica aziendale come motore di progresso e successo. Modelli di organizzazione, gestione e controllo: verso la responsabilità sociale delle imprese*. Milano: Franco Angeli.

Mead, G. H. (1934). *Mind, Self and Society*, Chicago, University of Chicago Press; trad. it. *Mente, sé e società*. Firenze: Giunti-Barbera, 1966.

Mecacci, L. (1992). *Storia della psicologia del Novecento*.

Bari-Roma: Laterza.

Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 7, 371-378.

Nash, J. F. (2004). *Giochi non cooperativi e altri scritti*. Bologna: Zanichelli.

Nicoletti, M. (2004). Sul concetto di responsabilità. In Rusconi, G., Dorigatti, M. editor. *La responsabilità sociale di impresa*. Milano: Franco Angeli, 25-35.

Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic tradition in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press; trad. it. *La tradizione civica nelle regioni italiane*. Milano: Mondadori, 1997.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster; trad. it. *Capitale sociale e individualismo. Crisi e rinascita della cultura civica in America*. Bologna: Il Mulino, 2004.

Ricoeur, P. (2004). Etica e filosofia nella biologia di Hans Jonas. In Apel, K. O., Becchi, P. Ricoeur, P. editors. *Hans Jonas. Il filosofo e la responsabilità*. Milano: Alboversorio, 53-67.

Romiti, C. (2004). Corporate Social Responsability. In La Rosa, M., Radi, L. editors. *Etica e impresa*. Milano: Franco Angeli, 166-177.

Rusconi, G. (2004). *L'accountability globale d'impresa*. In Rusconi, G., Dorigatti, M. editors, *La responsabilità sociale di impresa*, Milano: Franco Angeli, 162-163.

Sacconi, L. (2004). *Responsabilità Sociale come Governance allargata d'impresa: Una interpretazione basata sulla teoria del contratto sociale e della reputazione*. In Rusconi, G., Dorigatti, M. editors. *Responsabilità sociale di impresa*. Milano: Franco Angeli, 107-152.

Sen, A. (1992). *Risorse, valori, sviluppo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Sen, A. (2000). *Lo sviluppo e la libertà*. Milano: Mondadori.

Sen, A. (2003a). *Etica ed economia*. Bari-Roma: Laterza.

Sen, A. (2003b). *Globalizzazione: etica e valori*. Relazione presentata al convegno "Globalizzazione: crescita, etica e valori", Padriciano (Ts), 10 febbraio 2003 (disponibile su www.area.trieste.it/nobel/sen/sen_testo.htm).

Skinner, F. B. (1948). *Walden Two*. trad. it. *Walden due. Utopia per una nuova società*. Firenze: La Nuova Italia, 1981.

Skinner, F. B. (1971). *Beyond Freedom and Dignity*; trad. it. *Oltre la libertà e la dignità*. Milano: Mondadori, 1973.

Trognon, G. (2004). Le radici della responsabilità. *Le due città. Rivista dell'amministrazione penitenziaria*, 4, 32-34.

Varchetta, G. (2004). Il contributo delle scienze umane alle problematiche di gestione e sviluppo delle risorse umane: un aggiornamento. In Trabucchi, R. editor. *Complessità e gestione strategica delle Risorse Umane*. Milano: Franco Angeli, 150-167.

Williams, B. (1989). *Strutture formali e realtà sociale*. In Gambetta D. editor. *Le strategie della fiducia*. Torino: Einaudi, 2-18.

Zamperini, A. (1998). *Psicologia sociale della responsabilità. Giustizia, politica, etica e altri scenari*. Torino: Utet.

Zimbardo, P. G. (2004). A Situationist Perspective on the Psychology of Evil: Understanding how Good People are Transformed into Perpetrators. In Miller, A. editor. *The Social Psychology of Good and Evil: Understanding our Capacity for Kindness and Cruelty*. New York: Guilford.

Ricevuto : 24 luglio 2007
Revisione ricevuta : 07 novembre 2007

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

# Caregivers in formazione e Alessitimia: Un'indagine empirica su un campione di studenti dell'Università di Palermo

Chiara HOFFMANN*, Ivan FORMICA**, Franco DI MARIA**

* Università di Lecce, ** Università di Palermo

ABSTRACT – *Caregivers in training and Alexitymia: Empirical investigation on a sample of students from the University of Palermo* - The term alexitymia refers, peculiarly, to a difficulty in identifying and describing their own emotions, to a difficulty in distinguishing between feelings and bodily sensations linked to the activation emotional, limited imaginative processes and to a concrete, practical, oriented to the outside rather than inside cognitive style. We believe that the importance of recognizing and appoint their own and others' emotions plays a role of primary importance, especially in those who play professions focusing on care and caring. The aim of the work lies in doing a confrontation, compared with levels of alexitymia between two categories of students that are formed to undertake professions closely with emotional experienced (doctors and psychologists) and also noted the fallout of the course the ability of students to contact, identify and appoint their own emotional world. The experimental group is composed of a population of 200 students enrolled in the Faculty of Medicine and Surgery and 200 students enrolled at Corsican degree in Psychology. 200 students of Economy and Commerce are in the control group. AS instrument has been used the Toronto Alexitymia Scale (TAS – 20), a questionnaire which allows both to identify the overall level of alexitymia, and a further division of construct in three factors (F1: difficulty identifying feelings, F2: difficulty to communicate feelings to others, F3: thinking oriented towards the outside ). Preliminary analysis of the experimental group showed that both groups have an average level of negative alexitymia ($\mu$ = 45.5 for Medicine; $\mu$ = 41.5 for Psychology). As regards the control group, however, it has revealed a statistically significant difference in subclass "externally oriented thought". KEY WORDS: Alexitymia, Students, Emotions, Caregiver.

RIASSUNTO – Con il termine alessitimia ci si riferisce, peculiarmente, ad una difficoltà nell'identificare e descrivere le proprie emozioni, ad una difficoltà nel distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee legate all'attivazione emotiva, a processi immaginativi limitati e ad uno stile cognitivo concreto, pratico, orientato verso l'esterno piuttosto che internamente. Riteniamo che l'importanza di riconoscere e nominare le proprie ed altrui emozioni rivesta un ruolo di primaria importanza, soprattutto, in coloro i quali svolgono professioni incentrate sulla cura e sul prendersi cura. Obiettivo del lavoro risiede nell'operare un confronto, rispetto ai livelli di alessitimia, tra due categorie di studenti universitari che si formano per intraprendere professioni a stretto contatto con i vissuti emotivi (psicologi e medici) ed, altresì, osservare le ricadute del percorso formativo nella capacità degli studenti di contattare, nominare ed identificare il proprio mondo emozionale. Il gruppo sperimentale è composto da una popolazione di 200 studenti universitari iscritti alla facoltà di Medicina e Chirurgia e 200 studenti universitari iscritti al corso di laurea in Psicologia. 200 studenti universitari di Economia e Commercio hanno costituito il gruppo di controllo. Come strumento è stato adoperato la Toronto Alexitymia Scale (TAS-20), un questionario che permette sia di individuare il livello globale di alessitimia, sia un ulteriore suddivisione del costrutto in tre fattori (F1: difficoltà di identificare i sentimenti, F2: difficoltà di comunicare i sentimenti agli altri, F3: pensiero orientato verso l'esterno). Da un'analisi preliminare del gruppo sperimentale è emerso che entrambe le popolazioni presentano in media un livello di alessitimia negativa ($\mu$ = 45,5 per Medicina; $\mu$ = 41,5 per Psicologia). Per ciò che concerne il gruppo di controllo, invece, è emersa una differenza statisticamente significativa nella sottoscala "pensiero orientato all'esterno". PAROLE CHIAVE: Alessitimia, Studenti, Emozioni, Prendersi cura.

## Introduzione

"*Date parole al dolore: il dolore che non parla bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi*"
Shakespeare, *Macbeth*, atto IV, scena II.

La possibilità di dar voce al proprio mondo emotivo rappresenta una *condicio sine qua non* per riuscire a riconoscere, dialogare e pensare i propri vissuti e consentire la possibilità di intrattenere relazioni interpersonali.



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

L'incapacità di "dare parole al dolore" rappresenta, un'incolmabile disagio e sofferenza per ciascun individuo. Ormai da molto tempo la psicologia ci ha mostrato come un difetto di espressione emotiva può rappresentare la base di disturbi somatici.

Il neurobiologo MacLean, nel 1949, ipotizzò che nei pazienti psicosomatici le emozioni non riuscissero a giungere dai centri nervosi inferiori alla corteccia causando un'incapacità nella verbalizzazione di questi.

Negli stessi anni, in ambito psicologico, Ruesch (1948) coniò il termine di "*personalità infantile*" per indicare un soggetto che ha difficoltà a cogliere il punto di vista dell'altro, che esprime le proprie emozioni attraverso il linguaggio non verbale e che, dunque, utilizza simboli verbali che non sono connessi al proprio mondo emotivo. Secondo l'Autore questi soggetti sono soliti presentare aspirazioni elevate ed irrealistiche distanti da un contatto con il mondo esterno e si caratterizzano per un atteggiamento di tipo simbiotico con la propria madre.

La descrizione di tale personalità anticipa notevolmente il concetto di alessitimia, e di altri disturbi della regolazione affettiva.

Marty, de M'Uzan e David (1963), in seguito allo studio di diversi casi clinici, individuarono una dimensione mentale, che chiamarono *pensèe opèratoire,* per indicare pazienti con disturbi psicosomatici che presentavano una povertà di dialogo, una scarsa capacità immaginativa ed una propensione a discorsi banali orientati ad aspetti pratici. Le intuizioni cliniche di tali studiosi, benché di notevole interesse, non ebbero però un grande seguito in quanto essi leggevano il problema attraverso le lenti della teoria pulsionale, che nel corso degli anni ha perso un po' della sua valenza alla luce del proliferare di teorizzazioni che tengono sempre più conto della relazione. Gli Autori, infatti, ritenevano che in tali pazienti vi fosse un'incapacità a gestire un'energia pulsionale che, non essendo elaborata, disturbava l'organizzazione funzionale somatica.

In realtà gli studi successivi che, come vedremo, diedero vita al costrutto di alessitimia, hanno raccolto molti dati confrontabili e compatibili con i dati elaborati da questi studiosi.

Ulteriori studi focalizzarono il loro interesse sull'eziologia neurofisiologica del disturbo proposta da MacLean (1949). Nemiah (1975, 1977), ad esempio, ha inizialmente approfondito questa posizione sostenendo che l'alessitimia è provocata da un difetto neurofisiologico che influenza la modulazione da parte del corpo striato dell'*input* proveniente dal sistema limbico e diretto al neocortex.

Inoltre gli studi sulla specializzazione emisferica, compreso il modo in cui il cervello integra il linguaggio affettivo e propositivo, hanno avanzato l'ipotesi che l'alessitimia sia dovuta ad una disfunzione dell'emisfero destro o ad una carenza nella comunicazione interemisferica.
Tale ipotesi sembra avvalorata dall'osservazione di Hoppe (1977; Hoppe e Bogen, 1977) della comparsa di caratteristiche alessitimiche in pazienti con "cervello scisso", i quali riferiscono scarsità di sogni e fantasie e mostrano un deterioramento della funzione simbolica.
Inoltre, come hanno dimostrato Weintraub e Mesulam (1983), un danno precoce all'emisfero destro può interferire seriamente con l'acquisizione di capacità per le quali quell'emisfero è ritenuto specializzato. Essi sostengono infatti che "*come l'emisfero sinistro controlla lo sviluppo della competenza linguistica, così l'integrità dell'emisfero destro potrebbe essere essenziale all'emergere di capacità interpersonali e di quella che Hymes (1971) ha definito competenza comunicativa*".

Pertanto una carente funzionalità dell'emisfero destro potrebbe spiegare non solo la difficoltà dei pazienti alessitimici a riconoscere e descrivere le loro emozioni, ma anche la loro minore capacità empatica.

Nel 1970, John Nemiah, in collaborazione con Peter Sifneos, iniziò ad incentrare le sue ricerche su pazienti che presentavano le classiche malattie psicosomatiche. Indipendentemente dagli studi francesi sul *pensèe opèratoire,* i due ricercatori arrivarono alle stesse conclusioni, individuando nei pazienti psicosomatici un'evidente difficoltà a descrivere i propri sentimenti, accompagnata da una povera attività fantasmatica.

Sifneos (1973) coniò per tali pazienti il termine alessitimia (dal greco *a* = mancanza, *léxis* = parola, *thimos* = emozione) riferendosi, peculiarmente, ad una difficoltà nell'identificare e descrivere le proprie emozioni, ad una difficoltà nel distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee legate all'attivazione emotiva, a processi immaginativi limitati, e ad uno stile cognitivo concreto, pratico, orientato verso l'esterno piuttosto che introspettivo. Il dialogo di tali pazienti veniva descritto come privo di intensità emotiva, con una totale mancanza di riferimenti a vissuti interiori, desideri, paure e sentimenti, caratteristiche, dunque, molto simili a quelle descritte dagli studiosi francesi.

Noia e vuoto sono i sentimenti elicitati in chi ascoltava tali pazienti, che, incapaci di esprimere a parole i propri vissuti, tendevano ad agirli e, se travolti da rabbia, tristezza nervosismo o qualsiasi altra

reazione emotiva, non erano in grado di dare senso a tali stati. L'attività onirica di questi era molto scarsa con sogni privi di grande contenuto simbolico; rigidi nei movimenti e nelle espressioni del volto. Complessivamente tali soggetti presentavano un adattamento sociale, una famiglia, un lavoro, qualche amico ma si trattava di relazioni assolutamente superficiali o di forte dipendenza fondate da una facciata di "normalità". I soggetti alessitimici, data la loro carente capacità di regolazione delle emozioni e degli stati fisiologici, di fronte a situazioni stressanti invece che avvertire il proprio disagio sul piano psicologico tendevano a ricorrere a comportamenti inadeguati oppure accusavano disturbi fisici dovuti all'instabilità del sistema nervoso autonomo, sviluppando patologie organiche.

Le diverse ricerche, effettuate a partire da tale definizione del costrutto, sono state molteplici.

Leff (1973), ad esempio, ha trovato che nei paesi sviluppati, le persone mostrano una maggiore differenziazione degli stati emotivi, rispetto a coloro che vivono in paesi in via di sviluppo e che alcune lingue impongono limitazioni all'espressione delle emozioni.

Secondo McDougall (1982) l'alessitimia è una difesa straordinariamente forte contro il dolore psichico, mentre Krystal (1979, 1982-83), invece di concettualizzare l'alessitimia come una difesa, la attribuisce ad un arresto dello sviluppo affettivo a seguito di un trauma infantile, o ad una regressione nella funzione affettivo-cognitiva avvenuta dopo un trauma catastrofico nella vita adulta.

Negli ultimi anni, le ricerche e gli studi, hanno fornito un ulteriore approfondimento arricchendo in misura esponenziale le conoscenze e i saperi in merito all'alessitimia. Questa non viene oggi considerata come un fenomeno del tipo "tutto o nulla", come se si trattasse di un'assoluta incapacità a percepire ed esprimere il proprio mondo emotivo. Le ricerche più recenti (Taylor *et al.*, 1997; 2000) si sono concentrate sulla presenza di "aree mentali" alessitimiche, relative cioè a contenuti specifici in relazione a contesti, situazioni nonché ad emozioni peculiari. Ciò su cui oggi si è molto riflettuto, e che spiega il grande interesse che tale disturbo suscita in diversi ambienti scientifici, è che, come ricordano Taylor, Bagby e Parker "*l'alessitimia è un disturbo dell'elaborazione degli affetti che interrompe o interferisce seriamente con i processi di auto-organizzazione e riorganizzazione dell'organismo*" (Taylor, Bagby & Parker, 1997) e di conseguenza modalità di funzionamento alessitimico si riscontrano trasversalmente in quasi tutti i quadri psicopatologici.

Sulla base di successive osservazioni cliniche il costrutto di alessitimia ha suscitato un grande interesse da parte di molti studiosi che hanno ulteriormente affrontato il suo studio.

Sulla genesi dell'alessitimia, Schaffer (1993) ha ipotizzato che la richiesta compulsiva di cure è legata a storie infantili in cui i soggetti alessitimici hanno fatto esperienze di attaccamento insicuro con il proprio *caregiver*.

Diverse teorie hanno, infatti, messo in luce l'importanza di un ambiente sicuro per un sano sviluppo emotivo e cognitivo.

Fonagy (2001), ha sostenuto che la capacità a mentalizzare (strettamente correlata alla regolazione degli stati affettivi) può svilupparsi solo a patto che il bambino cresca all'interno di una relazione sicura con un *caregiver* in grado di riflettere, contenere e nominare i bisogni emotivi del bambino.

Quando il *caregiver* è incapace di *rêverie*, il bambino non viene favorito in quella crescita mentale che gli consente di acquisire la capacità di sviluppare la rappresentazione mentale di un affetto.

La capacità di relazionarsi e dunque riuscire a comunicare con il proprio ed altrui mondo emotivo, risulta essere una caratteristica peculiare delle "professioni d'aiuto".

Sono definite "professioni d'aiuto" quei "lavori" che comportano un forte coinvolgimento emotivo dell'operatore, che si trova ad interagire con soggetti che vivono gravi situazioni di disagio e di sofferenza sia fisica che psichica, forme di emarginazione e di devianza. Proprio tali caratteristiche rendono "inevitabile" una particolare predisposizione ad entrare in contatto con le emozioni da parte di coloro i quali decidono di imboccare tali professioni. Pfeiffer *et al.* (2004) individuano delle caratteristiche valoriali ben precise in studenti universitari che hanno deciso di intraprendere percorsi formativi per "professionisti d'aiuto". Secondo lo studio condotto da tali autori, tali studenti sono caratterizzati da una grande flessibilità, sensibilità e creatività caratteristiche che ben si sposano con tutti quei lavori che richiedono il costante contatto con la sofferenza. Tali professionisti dovrebbero dunque essere in grado di familiarizzare con le emozioni per riuscire a lavorare con queste e non dovrebbero dunque presentare difficoltà nel campo dell'alfabetizzazione emotiva.

## Ipotesi

L'ipotesi di partenza, che ha guidato la nostra ricerca, parte dall'assunto che coloro i quali decidono di intraprendere percorsi universitari finalizzati a formare futuri professionisti delle relazioni d'aiuto

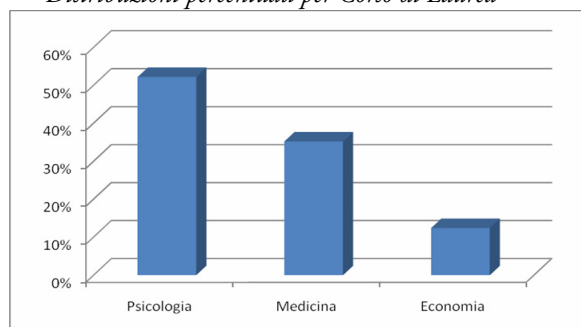
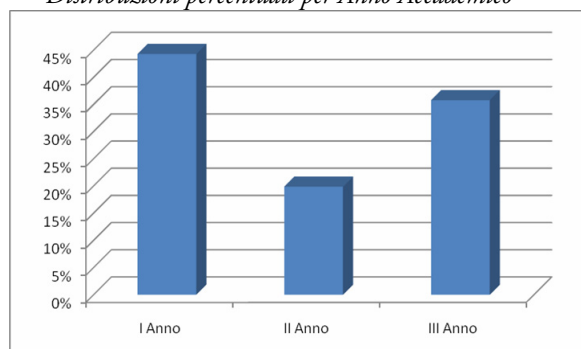
(psicologi e medici) abbiano una maggiore predisposizione (rispetto ad altre categorie professionali) a familiarizzare e, dunque, riconoscere il proprio ed altrui mondo emotivo.

Riteniamo inoltre che il corso di studi intrapreso possa incrementare questa predisposizione.

## Metodologia

### SOGGETTI

Il gruppo di soggetti è costituito da 542 studenti iscritti all'Università degli Studi di Palermo. Gli studenti sono nel 76,2% (N = 413) dei casi femmine e nel 23,8% (N = 129) maschi. Il 52,2% è iscritto in Psicologia, il 35,2% è iscritto in Medicina e Chirurgia ed il restante 12,5% è iscritto in Economia e Commercio. Il 44,3% è iscritto al primo anno, il 19,9% al terzo anno e per concludere il restante 35,8% è iscritto al quinto anno di università.

*Distribuzioni percentuali per Corso di Laurea*

*Distribuzioni percentuali per Anno Accademico*

### STRUMENTI

Ai fini della nostra ricerca abbiamo adoperato la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), la cui traduzione e validazione italiana è stata curata da C. Bressi et al. (1996), è un questionario di autovalutazione composto da 20 item e basato su una scala Likert a 5 punti. Nella valutazione dei dati, oltre alla somma totale dei punteggi di ogni item, è possibile calcolare i punteggi che si richiamano agli item delle tre dimensioni che definiscono il costrutto di alessitimia: *difficoltà nell'identificare i sentimenti* (F1), *difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri* (F2), *pensiero orientato all'esterno* (pensiero operatorio) (F3). La stabilità e la replicabilità di questa struttura a tre fattori sono state dimostrate su popolazioni cliniche e non cliniche utilizzando un'analisi fattoriale confermatoria (Bagby et al., 1994; Parker *et al.*, 1993).

L'attuale versione della TAS-20 ha dimostrato di avere un'alta coerenza interna (*alfa* di Cronbach = 0.81), una buona affidabilità test-retest su un intervallo di 3 mesi (r = 0.77) e una struttura a 3 fattori congruente da un punto di vista teorico con il costrutto di alessitimia.

Nonostante la buona coerenza interna e l'omogeneità della scala, si è osservato che il terzo fattore della TAS-20 (*pensiero orientato all'esterno*) presenta correlazioni molto basse con la scala totale e con gli altri due fattori (*difficoltà nell'identificare i sentimenti* e *difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri*). Bagby (1994) e Parker (1993) hanno confermato quanto già noto sulle buone caratteristiche della TAS-20 e hanno evidenziato un possibile fattore di minore efficienza della scala nel terzo fattore, probabilmente a causa nell'inversione dei punteggi dati alle risposte.

## Procedure e risultati

Per verificare le ipotesi avanzate, abbiamo deciso di confrontare il gruppo sperimentale (costituito da studenti iscritti in Psicologia e in Medicina e Chirurgia) con un gruppo di controllo (composto da studenti di Economia e Commercio), che ha scelto una professione che, per definizione, non ha significativi rapporti con il mondo emotivo.

Il questionario è stato somministrato durante lo svolgimento delle lezioni del secondo semestre dell'anno accademico 2006/2007.

Abbiamo chiesto agli studenti di collaborare ad una ricerca avente lo scopo di verificare il tipo di rapporto con il proprio campo emotivo. Abbiamo sottolineato che non ci sono risposte giuste o sbagliate e che sarebbe stato garantito l'anonimato.

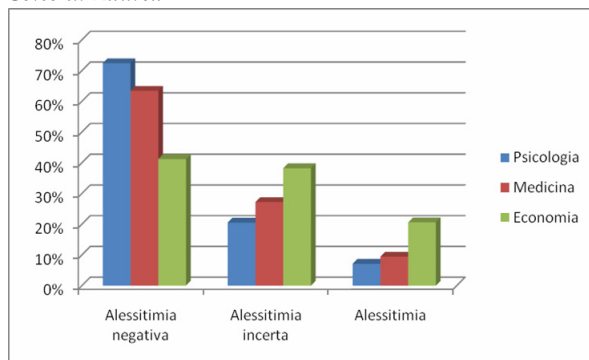
Successivamente sono stati calcolati sia i punteggi dei livelli totali di alessitimia per ciascun gruppo esaminato, sia i punteggi relativi ai tre fattori che saturano il costrutto. Inoltre è stata possibile effettuare un'analisi della varianza per il gruppo di studenti iscritti in Psicologia e per il gruppo iscritto in Medicina e Chirurgia al fine di considerare l'influenza rivestita dall'anno di corso frequentato sui livelli di alessitimia.

PUNTEGGI TOTALI "TAS-20"

Gli studenti iscritti in Psicologia ottengono un punteggio medio pari a 43,52 (ds = 10,61). I punteggi che indicano un livello di alessitimia negativa (da 20 a 49) corrispondono al 72,4% dei casi. Il 20,5% del punteggio corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Soltanto il 7,1% dei soggetti iscritti a Psicologia ha ottenuto alti punteggi nella scala. Gli studenti iscritti in Medicina e Chirurgia ottengono un punteggio medio pari a 45,56 (ds = 10,61). I punteggi che indicano un livello di alessitimia negativa corrispondono al 63,4% dei casi. Il 27,2% del punteggio corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Soltanto il 9,4% dei soggetti iscritti in Medicina e Chirurgia ha ottenuto alti punteggi nella scala. Gli studenti iscritti in Economia e Commercio ottengono un punteggio medio pari a 51,69 (ds = 9,7). I punteggi che indicano un livello di alessitimia negativa corrispondono al 41,2% dei casi. Il 38,2% del punteggio corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Il 20,6% dei soggetti iscritti in Economia e Commercio ha ottenuto alti punteggi nella scala.

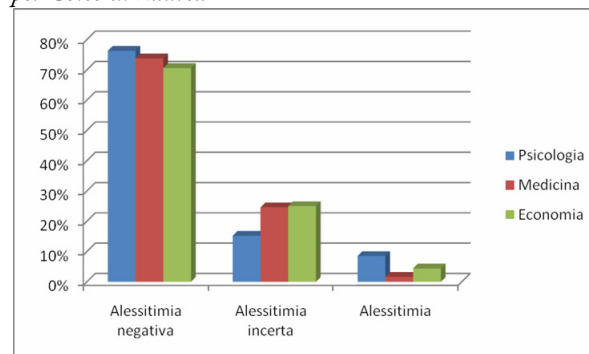
Dal confronto delle frequenze tra facoltà nella scala totale è facilmente deducibile che gli iscritti in Economia e Commercio tendono ad ottenere punteggi più elevati ($\chi^2$ = 24,614; $p < .000$) rispetto ai punteggi ottenuti dagli studenti delle altre due Facoltà, soprattutto per i livelli di Alessitimia Incerta.

Tali dati ci permettono di confermare l'ipotesi iniziale per cui i soggetti che decidono di intraprendere professioni d'aiuto, iscrivendosi in Psicologia e Medicina e Chirurgia, presentano una maggiore sensibilità nei confronti della capacità/possibilità di entrare in contatto con le proprie ed altrui emozioni, tale dato sembra essere maggiormente confermato dalla presenza del gruppo di controllo. I soggetti iscritti in Economia e Commercio infatti presentano punteggi più elevati alla scale di alessitimia totale.

*Frequenze percentuali dei punteggi della TAS – 20 per Corso di Laurea*

PUNTEGGI DELLA SOTTOSCALA "DIFFICOLTÀ NELL'IDENTIFICARE I SENTIMENTI"

Gli studenti iscritti al corso di laurea in Psicologia ottengono un punteggio medio pari a 15,86 (ds = 5,48). In questa scala sono stati considerati livelli bassi tutti i punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 20) che corrispondono al 76,3% dei casi. Il 15,2% del punteggio che ricade entro il III quartile che corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Soltanto l'8,5% dei soggetti iscritti in Psicologia ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala. Gli studenti iscritti in Medicina e Chirurgia ottengono un punteggio medio pari a 15,39 (ds = 5,69). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 20) corrispondono al 73,8% dei casi. Il 24,6% del punteggio che ricade entro il III quartile corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Appena l'1,6% dei soggetti iscritti in Medicina e Chirurgia ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala. Gli studenti iscritti in Economia e Commercio ottengono un punteggio medio pari a 17,22 (ds = 5,75). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 20) corrispondono al 70,6% dei casi. Il 25% dei casi ricade entro il III quartile, che corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Solo il 4,4% dei soggetti iscritti al corso di laurea in Economia e Commercio ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala.

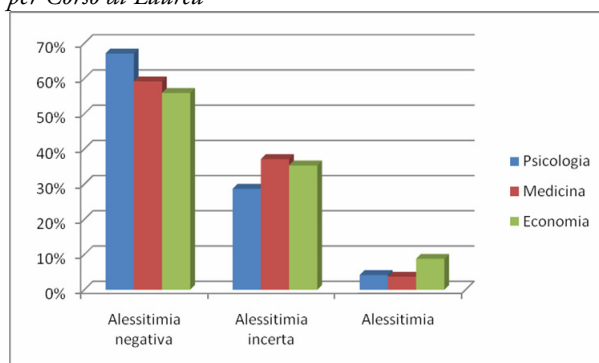
Dal confronto delle frequenze tra Facoltà ottenuti nella scala "*difficoltà nell'identificare i sentimenti*" non risultano differenze significative ($X^2$ = 2,869; p = .580).

*Frequenze percentuali dei punteggi della sottoscala F1 per Corso di Laurea*

PUNTEGGI DELLA SOTTOSCALA "DIFFICOLTÀ NEL COMUNICARE I SENTIMENTI AGLI ALTRI"

Gli studenti iscritti al corso di laurea di Psicologia ottengono un punteggio medio pari a 12,52 = (ds = 4,49). In questa scala sono stati considerati li-

velli bassi tutti i punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 15) che corrispondono al 67,1% dei casi. Il 28,7% del punteggio che ricade entro il III quartile corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Soltanto l'4,2% dei soggetti iscritti in Psicologia ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala. Gli studenti iscritti in Medicina e Chirurgia ottengono un punteggio medio pari a 12,97 (ds = 4,50). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 15) corrispondono al 59,2% dei casi. Il 37,1% del punteggio che ricade entro il III quartile corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Appena l'3,7% dei soggetti iscritti in Medicina e Chirurgia ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala. Gli studenti iscritti in Economia e Commercio ottengono un punteggio medio pari a 14,47 (ds = 3,67). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 15) corrispondono al 55,9% dei casi. Il 35,3% dei casi ricade entro il III quartile che corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Solo il 8,8% dei soggetti iscritti alla facoltà di Economia e Commercio ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala.

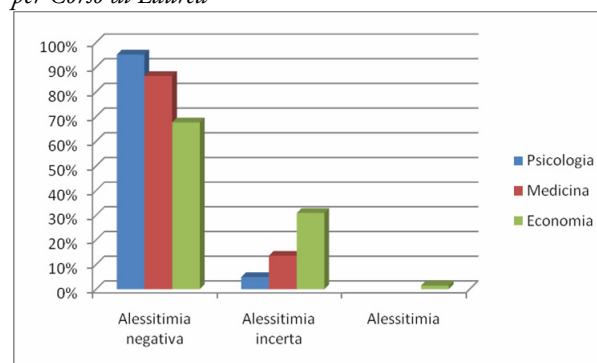
Dal confronto delle frequenze tra Facoltà ottenuti nella scala *"difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri"* non risultano differenze significatevi ($\chi^2$ = 6,184; $p$ = .186).

*Frequenze percentuali dei punteggi della sottoscala F2 per Corso di Laurea*

PUNTEGGI DELLA SOTTOSCALA "PENSIERO ORIENTATO ALL'ESTERNO"

Gli studenti iscritti al corso di laurea di Psicologia ottengono un punteggio medio pari a 15,14 (ds = 4,03). In questa scala sono stati considerati livelli bassi tutti i punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 22,5) che corrispondono al 95,1% dei casi. Il 4,9% del punteggio che ricade entro il III quartile corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Nessuno presenta punteggi alessitimici. Gli studenti iscritti in Medicina e Chirurgia ottengono un punteggio medio pari a 17,22 (ds = 4,67). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 22,5) corrispondono al 86,4% dei casi. Il 13,6% del punteggi che ricade entro il III quartile corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Nessuno presenta punteggi di alessitimia. Gli studenti iscritti in Economia e Commercio ottengono un punteggio medio pari a 19,99 (ds = 5,49). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 22,5) corrispondono al 67,6% dei casi Il 30,9% dei casi ricade entro l'area il III quartine che corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Solo l'1,5 dei soggetti iscritti ad un corso di laurea di Economia e Commercio ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala.

Dal confronto delle frequenze tra facoltà nella scala *"pensiero orientato all'esterno"* è facilmente deducibile che gli iscritti in Economia e Commercio ottengono punteggi più elevati ($\chi^2$ = 45,955; $p$ < .000) rispetto ai punteggi ottenuti dagli studenti delle altre due Facoltà, soprattutto per i livelli di Alessitimia Incerta.

Dall'analisi dei tre fattori si deduce che non vi sono differenze significative, nei tre gruppi, per quanto riguarda le sottoscale "*difficoltà nell'identificare i sentimenti*" e "*difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri*", mentre emerge una differenza significativa nella sottoscala "*pensiero orientato all'esterno*" tra gli iscritti in Economia e Commercio e gli studenti iscritti in Psicologia e Medicina e Chirurgia.

*Frequenze percentuali dei punteggi della sottoscala F3 per Corso di Laurea*

Tale dato, andando a confermare ulteriormente le nostre ipotesi, ci dà la possibilità di approfondire la differenza tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo. Infatti, quest' ultimo, pur riuscendo ad identificare e comunicare i propri ed altrui sentimenti, presenta un pensiero maggiormente rivolto all'esterno a testimoniare che il percorso formativo (in Economia e Commercio) ha una significativa incidenza sulla difficoltà di questi di entrare in contatto con il proprio mondo interno.

ANALISI DELLA VARIANZA

L'Analisi della varianza tra i livelli di alessitimia e l'avanzamento nel corso di studi, indica un effetto di riduzione dei punteggi medi di Alessitimia totale [$F_{(282,2)}$ = 29,230; p < .000] negli studenti iscritti in Psicologia. I risultati sembrano significativi anche per le tre sottoscale: *difficoltà nell'identificare i sentimenti* [$F_{(282,2)}$ = 13,295; p < .000]; *difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri* [$F_{(282,2)}$ = 18,287; p < .000]; *pensiero orientato all'esterno* [$F_{(282,2)}$ = 16,000; p < .000].

Questo effetto non risulta significativo per gli studenti iscritti in Medicina e Chirurgia. È inoltre interessante osservare che, anche se le differenze non sono statisticamente significative, i punteggi della scala totale, di "*difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri*" e di "*pensiero orientato all'esterno*" aumentano dal I al V anno nella Facoltà di Medicina e Chirurgia.

| *Facoltà* | *Scale* | *F* | *Sig.* |
|---|---|---|---|
| Psicologia | Totale TAS-20 | 29,230 | ,000 |
| | Identificazione TAS-20 | 13,295 | ,000 |
| | Descrizione TAS-20 | 18,287 | ,000 |
| | Orientamento verso l'esterno TAS-20 | 16,000 | ,000 |
| Medicina | Totale TAS-20 | ,301 | ,584 |
| | Identificazione TAS-20 | ,005 | ,945 |
| | Descrizione TAS-20 | ,334 | ,564 |
| | Orientamento verso l'esterno TAS-20 | ,597 | ,441 |

## Conclusioni

L'alessitimia può essere letta come un disturbo che ricade all'interno dell' "analfabetismo emotivo". La nostra società tende a sminuire il ruolo delle emozioni; parliamo moltissimo ma senza in realtà dirci nulla di veramente importante. Sono molte le persone, indipendentemente dal livello culturale, che mancano di competenza emotiva. Non sono in grado di sentire quello che provano e di riconoscere negli altri gli stessi sentimenti. L'analfabetismo emotivo è purtroppo molto diffuso ed è proprio per questo che diventa importante esercitarsi ad esprimere e riconoscere le proprie emozioni.

I risultati ottenuti ci permettono di asserire che la formazione che ricevono gli studenti inscritti in Psicologia, così come ipotizzato, incrementa in questi una buona capacità di confrontarsi con le emozioni e di avere un rapporto empatico con l'altro, caratteristiche fondanti la professione di Psicologo; dunque i soggetti che decidono di iscriversi in tale corso di laurea sembrano variare significativamente le loro modalità di confrontarsi con il loro mondo emotivo e con quello degli altri.

Invece, i soggetti che si iscrivono alla facoltà di Medicina e Chirurgia, diversamente da quanto ipotizzato, presentano un aumento dei livelli di alessitimia durante il percorso di studi. Tale dato ci permette di ipotizzare che nel corso della formazione i futuri medici vengano implicitamente allontanati dalla possibilità di leggere e rapportarsi con le proprie ed altrui emozioni, come se la progressiva specializzazione nei confronti della patologia organica portasse gli studenti a distaccarsi dalla soggettività dei propri pazienti. La possibilità di relazionarsi con le proprie emozioni nella pratica medica può risultare "scomoda" allo svolgimento di una professione spesso a contatto con la sofferenza individuale. È come se la laurea in Medicina e Chirurgia conducesse gli studenti, inizialmente inscritti con l'ideale di aiutare l'altro nella sua sofferenza, ad una pratica emotivamente sterile, che induce alla cura e non al prendersi cura dell'Altro.

Le professioni d'aiuto non possono esimersi dal doversi confrontare con il mondo emotivo. Nel nostro lavoro è infatti emerso che i futuri psicologi presentano una maggiore sensibilità al riconoscimento e alla comunicazione delle emozioni, aspetto che viene maggiormente supportato dal percorso formativo. I futuri medici, pur presentando una buona "confidenza" con la sfera emotiva, mostrano un significativo distacco da questa con la conclusione del percorso formativo. Tale dato deve indurci a riflettere sull'importanza di un' "educazione emotiva" nei confronti di chi si avvicina ad una professione che dovrebbe tenere sempre in considerazione l'importanza di una relazione empatica con l'altro, nel caso specifico con il paziente.

Dal nostro punto di vista, risulta fondamentale, in ottica preventiva, un lavoro di alfabetizzazione emotiva rivolto a studenti e professionisti delle relazioni d'aiuto,

che consenta di riconoscere e contattare le proprie emozioni e i propri affetti, di guardarli, di nominarli. Perché quando un'emozione diviene familiare non è più straniera. E se non è più straniera può anche fare meno paura.

## Bibliografia

Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A. (1994), The

Twenty-Item Toronto Alexithimya Scale – Item selection and cross-validation of the factor structure, *Journal of Psychosomatic Research,* 38, pp. 23-32.

Bressi, C., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, S., Buongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., Invernizzi. G. (1996), Cross validation of the factor strutture of the 20-item Toronto Alexithimya Scale: an Italian multicenter study, *Journal of Psychosomatic Research*, 41, pp. 551-559.

Fonagy, P. (2001), *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano.

Hymes D. (1971), *On Comunicative Competence*, in Brumit C., Johnson, K. (Eds) (1979).

Hoppe, K. D. (1977), Split brains and psychoanalysis, *Psychoanalysis Quart*., 46, pp. 220-244.

Hoppe, K. D., Bogen, J. E. (1977), Alexithymia in twelve commissurotomized patients, *Psychoterapy and Psychosomatics,* 28, pp. 148.155.

Krystal, H. (1979), Alexithymia and psychoterapy, *American Journal of Psychoterapy*, 33, pp. 17-31.

Krystal, H. (1982-83), Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic psychotherapy, *International Journal of Psychoanalytic and Psychoterapy*, 9, pp. 353-378.

Leff, J. (1973), Cultura and the differation of emotional states, *British Journal of Psichyatry*, 123, pp. 299-306.

MacLean, P. D., (1949), Psycosomatic disease and the 'visceral brain': recent developments bearing on the Pepez theory of emotion, *Psycosomatic Medicine* , 11, pp. 338-353.

Marty, P., De M'Uzan, M., David, C. (1963), *L'indagine psicosomatica*, Tr. It. Boringhieri, Torino, 1971.

McDougall, J. (1982), Alexithymia: psychosomatosis, and psychosis, *International Journal of Psychoanalytic and Psychoterapy*, 9, pp. 379-388.

Nemiah, J. C., (1975), Denial revisited: Reflections on psychosomatic theory, *Psychoterapy and Psychosomatics*, 26, pp. 140-147.

Nemiah, J. C., (1977), Alexithymia: Theoretical consideration, *Psychoterapy and Psychosomatics,* 28, pp. 199-206.

Parker J. D. A., Bagby R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S., Schmitz, P. (1993), Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithimya Scale, *European Journal of Personality*, 7, pp. 221-232.

Pfeiffer, D., Sam, A. A., Guinam, M., Ratliffe, K. T., Robinson, N. B., Stodden, N. J. (2004), Ethic and religious perspective on disability and the elpin professions, *The Social Science Journal*, 41, pp. 683-687.

Ruesch, J. (1948), The infantile personality, *Psycosomatic Medicine,* 10, pp. 134-144.

Schaffer, C. E., (1993), *The role of adult attachment in the experience and regulation of affect*, Doctorial dissertation, Yale University.

Sifneos, P. (1973), The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients, *Psychoterapy and Psychosomatics,* 22, pp. 255-262.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1997), *Disorders of effect regulation. Alexithymia in medical and psichyatric illness*, Cambridge, Cambridge University Press, tr. It. *Disturbi della regolazione affettiva*, Fioriti, Roma, 2000.

Taylor, G. J., (2000), Recent developments in alexithymia theory and research, *Canadian Journal of Psichyatry*, 35, pp. 290-297.

Weitraub, S., Mesulam, M. (1983). Developmental learning disabilities of the right hemisphere: emotional, interpersonal, and cognitive components. *Archives of Neurology 40,* pp. 463-468.

Ricevuto : 30 luglio 2007
Revisione ricevuta : 14 dicembre 2007

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

# Analisi dello stato attuale della Night Eating Syndrome

Marisa MALAGOLI TOGLIATTI, Anna Lisa MICCI, Rosa di BENEDETTO
Università La Sapienza di Roma

ABSTRACT - *Analysis of Night Eating Syndrome Current Status* - Objective: Night Eating Syndrome is not yet recognized as diagnostic category in its own right and it does not figure on any psychiatric classification system. This paper is designed to show the theoretic different positions on NES and to describe the main features for its definition and evaluation through a clinical experience. Method: a clinical case was selected and analyzed. Result: NES is not frequent in the general population and it occurs not only in overweight or obese subjects but even among individuals with a normal weight. It seems to involve a eating disorder, sleep disorder and mood disorder. Night eaters reveals a unusual circadian rhythm and a distinctive neuroendocrine pattern with the delay in onset of appetite during the morning and the pursuance of overeating during the evening and night. However NES is associated with specific psychological and behavioural characteristics that seem to differ from BED and other form of nocturnal sleep-related eating. Discussion: The issue of NES as distinct nosologic entity leads to argue clinical utility of its possible diagnosis. KEY WORDS: Night eating, NightEating Syndrome, Obesity, Family functioning, Clinical treatment.

RIASSUNTO – Il presente articolo si propone di mostrare le differenti posizioni teoriche sulla Night Eating Syndrome e di descriverne le caratteristiche più salienti attraverso l'analisi di un caso clinico. La NES non è frequente nella popolazione generale e si presenta non solo in soggetti obesi o in sovrappeso ma anche in persone normopeso. Tale condizione sembra includere un disturbo alimentare, un disturbo del sonno e un disturbo dell'umore ed appare associata a specifiche caratteristiche psicologiche e comportamentali che sembrano differenziarla dal BED e da altre forme di alimentazione legate a disturbi del sonno. Il dibattito sulla NES come entità nosologica distinta porta a discutere anche sull'utilità clinica di una sua possibile diagnosi. PAROLE CHIAVE: Night eating, Night Eating Syndrome, Funzionamento familiare, Obesità, Intervento clinico.

## Premessa

La "Sindrome della Condotta Alimentare Notturna" è stata descritta per la prima volta nel 1955 come una specifica risposta allo stress presente in alcuni pazienti obesi e caratterizzata da iperfagia notturna, insonnia e anoressia mattutina (Stunkard, Grace, Wolff, 1955). Da allora la NES ha ricevuto scarse attenzioni e nei pochi resoconti apparsi l'alimentazione problematica si presentava dopo l'inizio del sonno (Schenck, Mahowald, 1994) e ciò che viene sottolineato è il suo legame con le difficoltà associate al sonno e l'assenza o lo scarso livello di coscienza con la quale veniva eseguita.

L'importanza diagnostica e nosologica della NES[1] è, attualmente, al centro di un considerevole dibattito. Non è ancora ben chiaro se essa debba essere considerata come un disturbo a se stante, come una variante del BED o della depressione o se sia meglio compresa in quanto dimensione del comportamento alimentare sano. Gli studi sull'argomento stanno ancora percorrendo i primi passi e sono diretti ad individuarne le caratteristiche patognomiche che possano aiutare a distinguerla da altri disturbi e

[1] Anche se la NES non è ancora stata riconosciuta come categoria diagnostica indipendente sono stati abbozzati a grandi linee dei criteri diagnostici provvisori che consentano di differenziarla dalle altre forme di alimentazione alterata.

Secondo Birketvedt et al. (1999) è possibile parlare di NES se i soggetti rispondono ai seguenti requisiti:

A. Anoressia mattutina o consumo della prima colazione anche se la quantità di cibo non è significativa;
B. Iperfagia serale in cui il 50% o più dell'introito energetico quotidiano viene consumato dopo l'ultimo pasto serale;
C. Insonnia caratterizzata da almeno un risveglio per notte con assunzione di cibo durante i risvegli;
D. I criteri sopra citati si ripetono per almeno 3 mesi o più;
E. I soggetti non soddisfano i criteri per altri disturbi alimentari, in particolare Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder.



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

fungano da linee guida per il trattamento (O'Reardon, Stunkard, Allison, 2004)

La Sindrome è stata concettualizzata come un disturbo del ritmo biologico contraddistinto da un insolito pattern circadiano, minimo la mattina e crescente durante la sera e la notte; una tale prospettiva spiegherebbe sia il ritardo nella comparsa dell'appetito durante la mattinata sia il proseguimento dell'alimentazione durante la sera e la notte (Stunkard, Allison, 2003).

Si deve però evidenziare che la NES non è frequente nella popolazione generale e si presenta tanto tra le persone obese quanto in quelle normopeso. La sua frequenza aumenta con l'aumentare del peso corporeo (ibidem) e varia a seconda della tipologia della popolazione esaminata (campioni clinici o di comunità) e della metodologia impiegata per la sua rilevazione (interviste o questionari autosomministrati). Si stima infatti che le percentuali di prevalenza si aggirino intorno all' 1.5% nella polopazione generale (Rand, Macgregor, Stunkard, 1997), tra il 9%-14% nei pazienti obesi (Gluck, Geliebter, Satov, 2001; Stunkard, Berkowitz, Wadden, Tanrikut, Reiss, Young, 1996), e tra 8% al 42% in soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica (Hsu, Betancourt, Sullivan, 1996; Rand et al., 1997). In particolare, nei pazienti obesi è frequente un'ampia sovrapposizione tra episodi di binge eating, che si presentano nel corso della giornata, ed episodi in cui le abbuffate compaiono nelle ore notturne (Adami, Meneghelli, Scopinaro, 1997; 1999). Tuttavia considerare i soggetti obesi come un gruppo omogeneo, definito dall'eccesso di peso come sola caratteristica patognomica, porta a trascurare l'eterogeneità dei quadri clinici esistenti (Napolitano, Head, Babyak, Blumenthal, 2001).

La NES è stata associata ad eventi di vita stressanti (Stunkard et al., 1955; Stunkard et al., 1996; Spaggiari, Granella, Parrino, Marchesi, Melli, Terzano, 1994), psiconevroticismo e depressione(Kuldau, Rand, 1986). Gluck, Geliebter e Satov (2001) rilevarono che, rispetto a[2]i soggetti senza diagnosi, i night eater manifestavano un livello significativamente superiore di depressione e inferiore di autostima e che, nonostante le sensazioni minori di fame e maggiori di sazietà, i due gruppi non si distinguevano per la quantità di cibo assunta.

Anche Stunkard et al. (1996) riferirono che la NES si accompagna ad una deflessione dell'umore, tuttavia, a differenza della depressione maggiore in cui l'umore è peggiore al risveglio e tendente al miglioramento nel corso della giornata, nella NES lo stato d'animo è alquanto positivo al risveglio e durante la mattinata e poi, gradualmente, tende a decadere, fino a sfociare la sera e la notte in una marcata angoscia con conseguente sovralimentazione. Queste conclusioni sono supportate da uno studio recente secondo cui soggetti con NES presentano elevati livelli di comportamenti e attitudini alimentari disturbati, accompagnati dalla presenza di sintomi depressivi, episodi bulimici oggettivi, restrizione alimentare, disinibizione e preoccupazioni per il peso e la forma. Questo pattern emerge in misura maggiore rispetto a soggetti senza NES e in misura minore rispetto ai soggetti con BED. Essi, inoltre, riferiscono una sensazione di perdita di controllo durante gli episodi di night eating che, eccetto in rare occasioni, non è imponente e come non è imponente la percezione della quantità di cibo ingerita. La maggior parte di queste persone manifesta un buon controllo sul comportamento alimentare durante il giorno, controllo che viene meno solo durante la notte (Allison, Grilo, Masheb, Stunkard, 2005).

Di contro l'indagine di Rand, Macgregor e Stunkard (1997) non ha trovato differenze tra night eater e non, relativamente agli episodi di depressione maggiore né all'abuso di alcol o altre sostanze. La maggior parte dei soggetti esperiva, però, sentimenti di colpa dopo aver mangiato e pochi percepivano in maniera positiva la propria condizione salutare.

Nello studio di Spaggiari et al. (1994) nel 90% dei casi la condotta alimentare notturna si accompagnava ad alcuni disturbi psichiatrici come disturbi di panico, di ansia generalizzata, tratti di depressione e isteria. Ciononostante, tutti i soggetti esibivano generalmente un buon funzionamento sociale e psicologico.

Data la complessità dell'identificazione di indicatori specifici lo scopo di questo articolo sarà fornire attraverso la storia di Martina un quadro clinico esplicativo rispetto alla categoria diagnostica della NES, delineandone i criteri provvisori per la sua diagnosi, le caratteristiche cliniche e comportamentali ed i principali fattori di rischio.

## Esperienza clinica

Martina arriva in consultazione al Centro Obesità di una cittadina del Centro Italia, a causa di una condizione ponderale abbastanza consistente, definita come sovrappeso grave. E' una donna di 37 anni, alta circa 1.60 m per 95 kg di peso, il valore del suo

[2] Inteso come una dimensione della personalità che descrive l'emotività della persona e una certa predisposizione a sviluppare disturbi della personalità

BMI risulta essere di 37.1 kg/m². E' sposata da circa 15 anni ed è madre di due bambine rispettivamente di 15 e 3 anni. Casalinga per scelta, ha lavorato fino alla nascita della seconda figlia. Non ha intrapreso in precedenza un lavoro terapeutico ed ha deciso di effettuare un colloquio psicologico per alcune difficoltà relazionali che percepisce. Martina è la terza di tre figli e a differenza dei due fratelli ha trascorso la sua infanzia e adolescenza con la nonna materna a causa dei problemi economici della famiglia. Si è sposata con Luca all'età di 22 anni e anche dopo il matrimonio la coppia ha continuato a vivere nella casa della nonna materna di Martina. Giorgia, la prima figlia, nasce dopo circa tre anni di matrimonio, ed ha sempre dormito e tuttora dorme nella camera insieme ai genitori e alla sorella più piccola.

La morte della nonna, un anno prima, rappresenta per Martina un evento paranormativo cui segue un incremento del peso corporeo. Tuttavia, Martina riferisce di essere stata cospicuamente in sovrappeso sin dai primi anni della vita matrimoniale.

In seguito ad alcuni incontri individuali, di sostegno al regime dietetico di Martina, è stato convocato anche il marito. Nelle sedute di coppia è stata affrontata la storia della famiglia, tramite la quale si è pervenuti ad una graduale consapevolezza dell'importanza dei ruoli e dei confini all'interno di un sistema familiare per lo sviluppo sano di ciascuno dei componenti. Il primo obiettivo da raggiungere sarebbe stato il cambiamento, emotivamente faticoso per la famiglia, degli spazi fisici, ossia spostare le figlie nella stanza occupata in precedenza dalla nonna. In questo modo, a partire dal circoscrivere confini puramente fisici, si sarebbe giunti anche a promuovere i giusti spazi emotivi. Martina appare notevolmente più serena e sembra aver acquisito maggiore padronanza nel suo rapporto con Luca.

Negli incontri individuali emerge una rappresentazione di sé come di una donna sottomessa e rassegnata con evidenti difficoltà a manifestare qualsiasi tipo di richieste e desideri inerenti la sfera emotiva. La vita di Marina ruotava intorno al marito che, a causa del suo lavoro (artigiano), rientra tardi la sera e a casa cerca di soddisfare le sue esigenze di tranquillità e riposo, individuando poco i bisogni emotivi degli altri. Nonostante ciò, Martina lo definisce un "buon padre", presente nella vita delle figlie. Nei colloqui individuali affiorano conflitti latenti tra i coniugi, che si evidenziano poi anche negli incontri di coppia. I coniugi, tuttavia, presentano un buono stato di risoluzione condivisa dei problemi. Sempre negli incontri individuali di Martina emerge un problema di Luca relativo all'abuso di alcol, argomento che viene eluso nei colloqui di coppia per volere di entrambi. I coniugi vengono lasciati liberi di decidere se fronteggiare o meno questa tematica, che sembra, comunque, non ripercuotersi negativamente né sulla vita lavorativa di Luca né sulla vita della famiglia, in quanto appare essere soltanto un problema di consumo eccessivo di alcol e non di alcolismo vero e proprio.

In riferimento ai criteri diagnostici inclusi nel DSM-IV non vengono evidenziati disturbi psichiatrici sul versante umorale, né per quanto riguarda l'ansia. Ciò che, invece, è palese è una marcata insoddisfazione per il proprio corpo e per la propria condizione fisica legata al peso. Martina lamenta, poi, la fragilità delle relazioni nella sua famiglia. Per quanto concerne la famiglia d'origine, infatti, il rapporto di Martina con i genitori è permeato da un evidente conflitto, imputabile alla mancanza di rapporti con essi, che si fa sentire più che mai dopo il venir meno del ruolo rivestito dalla nonna di "*cuscinetto*" tra Martina e i genitori. Sebbene non sia stata mai curata dai genitori, ora si trova nella difficile posizione di dover essa prendersi cura da sola di loro e dei loro problemi di salute.

Un disturbo che emerge durante i colloqui è legato alla tipologia di alimentazione. Dopo la morte della nonna, Martina riferisce la presenza di episodi, durante la notte, in cui avverte un'impellente necessità di mangiare. Le abbuffate avvengono principalmente nell'arco temporale dal dopo cena fino alla mezzanotte. Riferisce che in quelle ore desidererebbe essere impegnata in qualsiasi altra attività che si discosti dal mangiare ma che, le abitudini familiari e personali e lo stato emotivo che la pervade tutte le sere, la conducono ad intraprendere quel tipo di comportamento. Le abbuffate si presentano due o tre volte a settimana e sono seguite da malessere e da notevoli sensi di colpa. Tale condizione di insoddisfazione e di inquietudine è risultata essere la motivazione principale che l'ha spinta ad intraprendere per la prima volta una dieta. Questo, insieme allo scontento per la propria immagine corporea e alla fatica fisica che cominciava ad avvertire come sempre più imponente.

Giorgia, la figlia più grande di 15 anni, presenta delle difficoltà a livello di maturazione sessuale: è una ragazza che si è sviluppata abbastanza prematuramente e rivela un'ossessione nel coprire un seno abbastanza pronunciato. Questo disagio è stato riconosciuto anche dal padre, il quale avverte la vergogna della figlia e, allo stesso modo e nella stessa misura, la medesima vergogna nei confronti della ragazza. Spinto, dunque, sia dal suo imbarazzo sia dalla problematica che stava nascendo in Giorgia,

non si è opposto, ma ha acconsentito volentieri a modificare la disposizione delle stanze, passo che per la famiglia comporta un impegno economico ed emotivo non irrilevante.

Per quanto riguarda le risorse esterne, a livello sociale non siamo di fronte ad una famiglia molto integrata, soprattutto a causa della questione degli spazi. Anche i contatti che la famiglia ha tentato di strutturare con l'entrata a scuola della figlia più grande non sono andati a buon fine, per la carenza di luoghi in cui eventualmente ospitare le amiche e per la soggezione con la quale la figlia stessa doveva confrontarsi per il fatto di non avere una camera separata dai genitori. Si tratta di una famiglia abbastanza isolata, nonostante l'impegno della madre a mantenere i rapporti con l'esterno.

La consulenza può fornire a Martina, ma anche al marito e alle figlie, l'opportunità di ridefinire la loro struttura familiare, di trovare le risorse necessarie per adattarsi in maniera funzionale alle transizioni e alle trasformazioni che la fase del ciclo vitale richiede.

### Considerazioni cliniche

Considerando la classificazione basata sui valori del BMI, Martina sembra rientrare nella II classe di obesità o obesità severa.

Benché per essa la consulenza si origini come un sostegno per un intervento di riduzione del peso, la motivazione che la spinge a modificare il suo status è di trovare una soluzione alla fatica e alla pesantezza che sente gravare sul suo corpo. La possente massa corporea sembra essere la metafora dell'imponente onere di crescere da sola, un messaggio da inviare ai genitori per rendersi "visibile" ai loro occhi e cercare di stabilire una comunicazione in cui il suo "ci sono anch'io" possa essere ascoltato e compreso.

L'unico e concreto referente relazionale familiare sembra essere stata la nonna, investita del ruolo di madre e padre insieme. Il primo evento critico e paranormativo, dunque, inatteso, è la separazione dalle figure primarie di attaccamento avvenuta durante l'infanzia e non del tutto metabolizzata. Malgrado il distacco fisico, sembra che Martina non si sia svincolata emotivamente dai genitori e lo testimoniano i conflitti che dentro di lei si animano e il senso di lealtà che è ancora vivo nei loro confronti. Come prendersi cura, ora, di chi di lei non si è preso MAI cura? Come evitare di dare ascolto a questi obblighi di lealtà e rifiutare di pagare il più grande debito della sua esistenza, la sua esistenza stessa? Se prima, la nonna riusciva a mediare la relazione con i genitori, il venir meno di questa funzione ha improvvisamente messo Martina dinanzi all'evidenza di un'autentica assenza di rapporti con essi.

La morte della nonna, l'altro drammatico evento critico, è accompagnato da un incremento della condizione ponderale, quasi che il cibo, ancora una volta, divenisse il surrogato di quell'affetto tanto bramato; sostituto prima, dell'affetto dei genitori e adesso anche di quello della nonna. Ne consegue una ulteriore alterazione dell'equilibrio interiore, che si ripercuote poi, anche sulla stessa armonia familiare e sulle relazioni di cui, tra l'altro, Martina non è affatto soddisfatta.

Le frequenti e ripetute abbuffate, principalmente notturne, rimandano immediatamente a quegli episodi di night eating che, in linea con la letteratura, non sembrano imputabili ad un primario disturbo del sonno, ma che rappresenterebbero il punto finale in cui convergono vettori provenienti da differenti direzioni: deflessione dell'umore, insoddisfazione per il proprio corpo e la propria vita, i conflitti con se stessa e con i genitori, il desiderio di uscire dalla percezione di sottomissione. Quasi che questo mangiare di notte concluda la "pesantezza" della giornata. Riempiendosi con il cibo, si svuota temporaneamente delle ansie, delle preoccupazioni, dei turbamenti e dei pensieri negativi che la "ingrassano" emotivamente e fisicamente. Un simile comportamento alimentare indirizza tuttavia verso un cospicuo incremento del peso.

La lontananza fisica dalla famiglia d'origine viene riparata attraverso una vicinanza eccessiva nella famiglia acquisita. Qui, si evidenzia la difficoltà di Martina a prendere le distanze dalle figlie; difficoltà che si riflette nell'assenza di spazi privati per ciascun componente del sistema. Questa famiglia sembra caratterizzarsi per l'assenza di confini chiari tra sottosistemi e per la scarsa consapevolezza dei ruoli. Lo documenta l'evidenza che tutti dormono nella stessa stanza. Il mito dell'abbandono, o meglio il fantasma dell'abbandono, lascia il posto al mito della vicinanza e dell'unione familiare. Martina "dà famiglia" proprio con la vicinanza, fisica in primis. Se i confini all'interno del sistema sono assenti, sono però ben marcati quelli con l'ambiente esterno attestati dalla povertà della rete sociale. L'isolamento è il risultato della scarsa integrazione del sistema. Con il suo peso, è come se Martina volesse essere vista anche dal marito.

Il sottosistema coniugale presenta dei problemi a livello di comunicazione, con difficoltà a manifestare sentimenti come anche disaccordi da entrambe le parti. È nelle sedute individuali che vengono rilevati conflitti latenti, elusi per garantire lo status quo.

Tuttavia, negli incontri di coppia, i coniugi non evitano di affrontare tale argomento. Anche la comunicazione con la figlia maggiore Giorgia non è chiara; il suo disagio non viene direttamente esplicitato, ma percepito dal padre. L'affetto sembra essere espresso con le azioni pratiche piuttosto che con le parole. Ne è un esempio, il fatto che Martina abbia lasciato il lavoro per occuparsi interamente delle figlie e del marito.

La consulenza psicologica ha contribuito a produrre risultati positivi sul versante personale e relazionale. Siamo di fronte ad un doppio scenario terapeutico, individuale e di coppia, che diviene il referente relazionale che dà la possibilità di oscillare da un punto di vista ad un altro: permette così di osservare gli eventi da una prospettiva personale ed eventualmente focalizzarsi sulle risorse e le difficoltà individuali, ma fornisce anche un parallelismo sulla percezione di uno stesso evento da parte della coppia. In questo modo possono affiorare sia le regole condivise sia i dissidi latenti, sia ancora le emozioni non esplicitate.

La coppia sembra comunque riuscire a trovare un certo accordo condiviso nella risoluzione dei problemi e si impegna a modificare la propria struttura e organizzazione in funzione di una nuova situazione di vita, dimostrando così un buon grado di adattabilità. Il confronto, prima con se stessa e poi con il marito, permette a Martina di rappresentarsi i confini familiari confusi e la disfunzionalità delle relazioni. La rilevazione di una maggiore consapevolezza dei confini costituisce un obiettivo dell'intervento e un elemento su cui attivare un "ripensamento". L'istituzione di un setting adeguato in cui il sintomo acquista la funzione di punto di raccordo di elementi personali, familiari e culturali, potrebbe aprire uno spazio di pensiero che dà la possibilità di riflettere sulla complessa gestione dell'emotività e sul ruolo non più di sostentamento ma di copertura assunto dal cibo.

## Considerazioni conclusive

Lo stato attuale della NES è ancora poco chiaro dal momento che gli studi in questo ambito non sono molti e sembrano schierarsi su fronti diversi. Infatti non è ben stabilito se essa possa essere considerata come una categoria nosologica indipendente, una dimensione del comportamento alimentare sano o ancora, se rappresenti una variante della depressione, del BED o di un disturbo del sonno.

La NES, dunque, verrebbe a configurarsi come una combinazione unica di un disturbo alimentare, un disturbo dell'umore e un disturbo del sonno (Stunkard, Allison, 2003) e, seppure siano stati delineati dei criteri diagnostici, non è stata riconosciuta come un disturbo dall'American Psychiaric Association. Tuttavia, come per il BED, esiste un insieme di segni e sintomi che potrebbero assurgerla ad entità a se stante. Sebbene queste diagnosi siano state istituite sulla base di soggetti obesi, l'obesità e il sovrappeso non rappresentano criteri per la loro identificazione. Considerando il continuum di severità della patologia alimentare, la NES sembra collocarsi in una posizione intermedia tra l'obesità e il Binge Eating Disorder, essendo definita da una deflessione dell'umore e una riduzione del livello di autostima maggiore rispetto alla prima condizione e da un'insoddisfazione per il proprio aspetto fisico e un alterazione dello status psicologico meno significativi rispetto alla seconda. In ogni caso un elemento comune tra NES e BED potrebbe essere la funzione che rivestono le abbuffate, notturne o diurne: binge eating e night eating potrebbero essere considerate come strategie di coping disfunzionali adottate per modulare gli stati emotivi attraverso la perdita della capacità di autoregolarsi sul versante comportamentale. La non funzionalità è nel fatto che gli eventi che essi cercano di sedare mantengono inalterato il loro potere. Il fatto che persone con questo tipo di disagio, proprio come nel caso di Martina, esibiscano un funzionamento psicologico non del tutto ottimale, solleva la questione sul ruolo che potrebbero rivestire fattori come ansia e depressione o sull'impatto che potrebbe avere la presenza di eventi di vita stressanti.

L'identificazione di criteri più specifici della NES offre la possibilità non solo di comprendere più a fondo questa condizione ma anche di progettare con maggiore precisione il momento e le modalità d'intervento.

Studi futuri dovrebbero esplorare e approfondire il ruolo che le difficoltà, lo stress quotidiano e gli stati emotivi negativi potrebbero giocare nella determinazione degli episodi di alimentazione notturna. La possibilità di individuare alterazioni nella condizione psicologica dei soggetti con NES, oltre che essere utile per una più profonda comprensione di questa sindrome, diventa fondamentale anche per delineare le linee guida nella pianificazione di migliori strategie d'intervento.

## Riferimenti bibliografici

Adami, G. F., Meneghelli, A., Scopinaro, N. (1997). Night eating syndrome in individuals with Mediterranean eating-style. *Eating and Weight Disorders*, 2(4), pp. 203-206.

Adami, G. F., Meneghelli, A., Scopinaro N. (1999). Night eating and binge eating disorder in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), pp. 335-338.

Allison, K. G., Grilo, C. M., Masheb, R. M., Stunkard A. J. (2005). Binge Eating Disorder and Night Eating Syndrome: A Comparative Study of Disordered Eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), pp. 1107–1115.

Birketvedt, G. S., Sundsfjord, J., Florholmen, J., Osterund, B., Dinges, D., Bilker, W., Stunkard, A. J. (1999). Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night eating syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 282(7), pp. 657-663.

Gluck, M. E., Geliebter, A., Satov, T. (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity Research*, 9(4), pp. 264-267.

Hsu, L. K. G., Betancourt, S., Sullivan, S. P. (1996). Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders, 19,* 23–34.

Kuldau, J. M., Rand, C. S. W. (1986). The night eating syndrome and bulimia nervosa in the morbidly obese. *International Journal of Eating Disorders*, 5(1), pp. 143-146.

Napolitano, M. A., Head, S., Babyak, M. A., Blumenthal, J. A. (2001). Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioural characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), pp. 193-203.

O'Reardon, J. P., Stunkard, A. J., Allison, K. C. (2004). Clinical trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), pp. 16-26.

Rand, C. S. W., Macgregor, A. M. C., Stunkard, A. J. (1997). The night eating syndrome in the general population and among post-operative obesity surgery patients. *International Journal of Eating Disorders,* 22(1), pp. 65-69.

Schenck, C. H., Mahowald, M. W. (1994). Review of nocturnal sleep-related eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), pp. 343-356.

Spaggiari, M. C., Granella, F., Parrino, L., Marchesi, C., Melli, I., Terzano, M. G. (1994). Nocturnal eating syndrome. *Sleep*, 17(4), pp. 339-344.

Stunkard, A. J., Grace, W. J., Wolff, H. G. (1955). The night eating syndrome. *American Journal of Medicine*, 19, pp. 78-86.

Stunkard, A. J., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C., Reiss, E., Young, L. (1996). Binge eating disorder and the night eating syndrome. *International Journal of Obesity*, 20(1), pp. 1-6.

Stunkard A. J., Allison K. C. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity*, 27(1), pp. 1-12.

Ricevuto : 19 luglio 2007
Revisione ricevuta : 23 novembre 2007

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

# Ambivalenza e senso di colpa nella strutturazione psichica dell'individuo

Antonello VIOLA
Università di Cagliari

ABSTRACT - *Ambivalence and sense of guilt in the individual psychical development* - The early acquisition of the capacity to tolerate the ambivalence with the consequent ability to sustain and elaborate a sense of guilt, represent a fundamental and crucial stage within the primary structuring of the emerging and nuclear Self. The achievement of this primitive intrapsychical capacity constitutes a necessary mental product normally yielded by means of a good enough environment, essentially provided by the punctual availability of the caregiver's congruent and responsive physical-emotional attunement towards the rudimental infant's needs and requests of reparation during the primary intersubjectivity. The structuring of the psychological ability to tolerate the ambivalence is extremely important for the development of a healthy Self, and when a child doesn't achieve this early intrapsychical skill, due to a lack in the psychological holding level of the primary caring environment, some dysfunctional or psychopathological deficiencies may manifest themselves later, within the child development and adult life. A failure in the early achievement of this mental capacity determines the inability to feel a sense of guilt and the sense of concern, and may produce a primitive dysfunctional defence mechanism which tends to psychologically dissociate the reality and the relational objects, later producing various constellation of autistic and personality syndromes. KEY WORDS: Ambivalence tolerance, Psychological individuation, Paranoid ideation.

RIASSUNTO – L'acquisizione precoce della capacità di tollerare l'ambivalenza con il conseguente sviluppo della facoltà di sostenere ed elaborare un senso di colpa e di apprensione, rappresentano uno stadio cruciale e fondamentale nell'ambito della strutturazione primaria del Sé emergente e del Sé nucleare. Il raggiungimento di questa capacità intrapsichica primitiva costituisce un necessario prodotto mentale normalmente generato da un ambiente accuditivo sufficientemente buono, dato essenzialmente dalla disponibilità puntuale e dalla sintonizzazione fisica ed emotivo-affettiva responsiva e congruente del caregiver nei confronti delle esigenze e richieste di riparazione, percepite a un livello rudimentale dal lattante nel contesto dell'intersoggettività primaria. La strutturazione infantile della capacità psicologica di tollerare l'ambivalenza è estremamente importante per lo sviluppo di un Sé sano e coeso, e il mancato raggiungimento di questa abilità intrapsichica primaria, a causa di deficienze nel livello di contenimento psicologico dell'ambiente accuditivo primario, può determinare lo sviluppo di vari deficit disfunzionali o psicopatologici nel corso degli stadi successivi dell'età evolutiva e della vita adulta. PAROLE CHIAVE: Tolleranza dell'ambivalenza, Iindividuazione psicologica, Ideazione paranoide.

## Introduzione

Il raggiungimento della *capacità di provare, sostenere ed elaborare il senso di colpa* costituisce una tappa fondamentale nel normale processo di evoluzione psichica individuale (Winnicott, 1965, 1971). Questa capacità si dispiega e si articola precocemente nel primo periodo di vita, nel contesto della relazione diadica madre-bambino, ed è fortemente connessa alla capacità di *tollerare l'ambivalenza delle proprie pulsioni e dei propri sentimenti* (Klein e Riviere, 1953; Winnicott, 1965), ovvero la coesistenza dell'amore e dell'odio, dell'affetto e dell'aggressività.

Il fatto che sia l'acquisizione della tolleranza della propria ambivalenza, sia la conseguente capacità di provare un senso di colpa, risultino collegati alla *qualità della relazione diadica madre-bambino* è piuttosto evidente: una relazione caratterizzata dalla presenza assidua e amorevole, partecipativa ed emotivamente in sintonia, prima con il lattante e poi con l'infante, determineranno la disponibilità del caregiver (la madre o alternativamente, ma in modo meno ottimale, una figura d'accudimento sostitutiva) rispetto all'esigenza profondamente percepita dal lattante, in una dimensione psichica ancora in divenire, di un eventuale atto riparativo nei confronti dell'oggetto amato sul quale sono stati proiettati i



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

propri impulsi aggressivi, vissuti dal lattante soprattutto nell'ambito dei propri istinti di autoconservazione, delle proprie pulsioni (connessi all'alimentazione ed alla profonda esigenza di accudimento e di consolazione) e delle frustrazioni subite.

## La strutturazione embrionale della tolleranza dell'ambivalenza e del senso di colpa

Un lattante che nella propria dimensione psichica primitiva, caratterizzata da un Ego ancora destrutturato e quindi in divenire, sia invaso dall'angoscia del proprio atto distruttivo nei confronti del suo oggetto di accudimento e di amore, derivante dal senso di colpa rudimentale prodotto dalla percezione della propria aggressività (che naturalmente a questo stadio dello sviluppo viene vissuta a un livello molto primitivo) può trovare conforto riparando fantasticamente (a un livello sensoriale e percettivo rudimentale), nella presenza amorevole e nella relazionalità sollecita e affettuosa della madre (Winnicott, 1965).

Proviamo a traslare questo concetto in una dimensione di relazionalità più matura, per coglierne l'essenza: un individuo, sotto la scorta delle proprie pulsioni aggressive, compie un atto (verbale o comportamentale) offensivo o comunque lesivo nei confronti di un suo interlocutore (A ferisce in qualche modo B). Dopo qualche tempo l'individuo A, riflettendo sul proprio operato (ovviamente in questo caso il processo mentale è evoluto fino al livello della razionalità e della cognitività strutturata, mentre nel caso del lattante si tratta di processi percettivi rudimentali), si rende conto della negatività del suo atto e del suo potenziale lesivo nei confronti del proprio interlocutore, e questa consapevolezza (nel migliore dei casi, ovvero di un sano sviluppo psicologico) determina nella sua dimensione mentale un senso di disagio (quello che potremmo chiamare in questo caso rimorso) con la conseguente percezione dell'esigenza di un atto riparativo nei confronti della parte lesa. In tal caso si potranno verificare due esiti fondamentali: il primo, relativo alla situazione di disponibilità della parte lesa all'atto riparativo, in cui A in qualche modo esprimerà a B (attraverso il canale verbale oppure quello comportamentale, e nel migliore dei casi sinergicamente mediante entrambi i canali in modo congruente) la propria costernazione e le proprie scuse per l'atto lesivo compiuto. In questo caso l'esecuzione dell'atto riparativo e la disponibilità di B ad accettarlo, consentirà ad A di risolvere l'angoscia derivante dalla percezione delle conseguenze della propria aggressività, e ad integrare nella propria realtà psichica la consapevolezza e l'accettazione della propria ambivalenza, ossia l'accettazione di sé quale individuo capace di amore, di affetto, di amicalità, solidarietà e comprensione (e tutti i sentimenti in qualche modo legati a un'affettività positiva), ma contestualmente anche capace di odio, di ostilità, di aggressività e rancore (e di tutta quella gamma di emozioni, affetti e sentimenti disforici e negativi che a qualche livello caratterizzano ogni individuo e ne costituiscono parte integrante della personalità, un portato di quella dimensione archetipica che nella sua teoria Jung (1934) chiamò "Ombra"; Campbell, 1971).

*L'atto riparativo*, dunque, consente l'accettazione della propria ambivalenza di individuo capace di amare ma pure di ledere, e lo sviluppo e l'articolazione della capacità di *provare ed elaborare un senso di colpa*, ovvero una capacità di apprensione e di provare un *rimorso* per la propria aggressività, poiché la risoluzione dell'angoscia legata al rimorso (data appunto dall'accettazione e dalla disponibilità all'atto riparativo della parte lesa) consente non solo di accogliere la propria natura ambivalente, ma anche di *apprezzare e interiorizzare la bontà dell'atto riparativo,* e di cogliere dunque la dimensione dell'opportunità della riparazione e della crescita. In questa fase precoce dello sviluppo, ancora caratterizzata da un sé emergente e inintegrato prima, e nucleare poco dopo (Stern, 1985), l'accettazione della propria ambivalenza e di conseguenza la strutturazione primaria della capacità di provare e sostenere un senso di colpa, rese possibili dalla responsività puntuale e congruente di una "madre sufficientemente buona" (Winnicott, 1965) permettono lo sviluppo embrionale della capacità del *perdono,* attraverso l'interiorizzazione della disponibilità sensibile del caregiver e della sua accettazione dell'atto riparativo. Queste capacità, a loro volta, successivamente consentiranno lo sviluppo dell'*empatia,* e pertanto la facoltà di immedesimarsi, di rappresentarsi e cogliere gli stati mentali altrui, ovvero le intenzioni, le motivazioni, le emozioni, le aspettative degli oggetti relazionali, sviluppando così una "teoria della mente" (Leslie, 1991; Frith, 2003). Attraverso questo processo precoce, che normalmente si svolge nel contesto del campo di relazionalità emergente e nucleare (Stern, 1985) e dell'intersoggettività primaria (Threvarten, 1980), l'individuo può progressivamente introiettare nella propria dimensione mentale *la realtà e l'accettazione della natura ambivalente dell'esistenza umana*, articolare in modo sano la facoltà di riflettere sul proprio operato, sviluppare la capacità di provare rimorso per le proprie azioni lesive e strutturare la facoltà di sostenerlo e risolverlo

attraverso il tentativo di un atto riparativo, da cui l'interiorizzazione della bontà e costruttività della disponibilità al perdono.

Nel secondo caso della situazione precedentemente prospettata, l'individuo adulto realizza (sempre nella migliore delle ipotesi, e quindi in una condizione di sufficiente integrazione psichica) la negatività ed il potenziale lesivo del proprio atto, percezione che gli determina una condizione di disagio psichico, da cui l'esigenza di compiere un atto riparativo, a fronte del quale la parte lesa B non si dimostrerà disponibile, ignorandolo o rifiutandolo. In questo caso A non può risolvere il senso d'angoscia derivante dal proprio rimorso, pertanto, con buona probabilità, nella sua realtà mentale continuerà a persistere la percezione della negatività del proprio atto aggressivo e del proprio potenziale lesivo, quale oggetto cattivo. Da un punto di vista psicologico possiamo facilmente comprendere che un individuo adulto con un *Io evoluto e un Sé sufficientemente coeso e integrato* (ovvero con una struttura psichica articolata e armonica, una personalità integrata ed equilibrata) a fronte dell'indisponibilità della parte lesa B all'atto riparativo, molto probabilmente metterà in atto una serie di processi mentali consapevoli o inconsapevoli (in quest'ultimo caso meccanismi di difesa adattivi) che gli consentiranno di placare e in qualche modo metabolizzare l'angoscia riverberante e derivante dalla percezione della propria aggressività. Nell'individuo psicologicamente maturo, infatti, e nell'ambito di uno sviluppo psicologico sano (e quindi di una armonica capacità di mediazione tra le proprie strutture psichiche Ego-Id-SuperEgo) questi processi adattivi sono resi possibili da una strutturazione psichica già caratterizzata dall'integrazione e dall'accettazione della propria natura ambivalente.

**Insufficienza dell'ambiente accuditivo e ambivalenza.**

Possiamo renderci conto d'altro lato che diversamente, *in una struttura psichica in divenire come quella di un lattante*, caratterizzato da un Ego debole e inintegrato, la reiterata indisponibilità della parte lesa all'atto riparativo fantasticato (percepito a un livello rudimentale) comporti l'elevata probabilità di una *dissociazione psichica permanente fra ciò che può essere buono o cattivo*[1]. Il lattante infatti non dispone di mezzi razionali evoluti (né a livello cognitivo razionale e neppure a livello inconsapevole, non disponendo ancora di meccanismi di difesa evoluti dell'Io) che gli consentano di gestire e risolvere l'angoscia e il senso di colpa derivanti dalla sua percezione rudimentale dell'aggressività nei confronti della madre, sperimentata durante l'allattamento oppure durante la relazionalità diadica, o durante l'assenza di quest'ultima. In un Io rudimentale in divenire come quello del lattante, la risonanza di questa angoscia, determinata dall'indisponibilità all'atto riparativo da parte del caregiver (una madre assente, oppure non responsiva sul piano comportamentale o affettivo-emotivo, poco sintonizzata nella relazione diadica) può raggiungere un livello intollerabile, e facilitare la *cristallizzazione di una scissione del Sé* (come Io solo buono e amorevole, oppure solo cattivo e aggressivo) *e degli oggetti* relazionali (anche questi solo buoni e amorevoli, oppure solo cattivi e persecutori), quindi *una scissione sia della realtà interna che di quella esterna*. L'indisponibilità della madre all'atto riparativo del bambino, che sarebbe invece appagato dalla disponibilità sollecita e calibrata sul piano fisico e affettivo-emotivo dello stesso caregiver, può comportare nel bambino il radicarsi di un senso diffuso di angoscia che, a seconda del livello carenziale della capacità contenitiva e supportiva della madre, potrà determinare nelle fasi evolutive successive lo sviluppo progressivo di disturbi d'ansia (sostenuti da un senso più o meno latente, consapevole o inconsapevole, di sfiducia di base) o nella peggiore delle ipotesi l'insorgenza di stati autistici o psicotici. In altri termini dunque, nei casi più favorevoli un individuo che strutturi un Ego e quindi una realtà mentale così scissa, nelle fasi successive del suo sviluppo psichico, a qualche livello potrà sperimentare delle serie difficoltà relazionali o gravi nevrosi, o potrà sviluppare un disturbo di personalità. Nei casi estremi invece, in cui la scissione abbia completamente invaso la struttura psichica individuale nella sua realtà interna ed esterna, contaminandone l'Io e la sua relazionalità, l'individuo potrà strutturare nel corso del suo sviluppo un personalità psicotica, con una grave compromissione dell'esame di realtà (cioè della percezione oggettiva della realtà esterna condivisa) e un modello di schemi cognitivi, affettivi e comportamentali gravemente compromessi.

[1] In una fase precocissima dello sviluppo (il primo mese di vita circa) tale meccanismo dissociativo costituisce un processo funzionale transitorio che consente la strutturazione psichica, a un livello percettivo primitivo, dell'esistenza dell'oggetto buono e di quello cattivo nella realtà interna ed esterna (Klein, 1984).

Diviene chiara pertanto, l'importanza di una sana strutturazione dell'accettazione della propria natura ambivalente e della tolleranza del senso di colpa con la sua conseguente elaborazione a un livello mentale-affettivo-emotivo e comportamentale (rimorso e atto riparativo), capacità che a un livello rudimentale (ma fondamentale) si sviluppano nell'ambito della relazione diadica e dell'intersoggettività primaria (Threvarten, 1980) fra il lattante e il caregiver, e che a un livello più evoluto si articolano nell'ambito della relazione tra la madre e l'infante, quindi successivamente nell'ambito della relazione triadica (madre-padre-bambino) e della situazione edipica, e più tardi nel contesto relazionale più esteso delle relazioni ludiche coi pari, e amicali nell'adolescenza.

## Tolleranza dell'ambivalenza e sviluppo psicologico

L'importanza dell'acquisizione della capacità primitiva della tolleranza dell'ambivalenza, risiede nel fatto che questa facoltà essenziale si pone alla base di un percorso fondante nello sviluppo psichico sano dell'individuo (Winnicott, 1945), che consente quindi l'evoluzione successiva e articolata di una gamma di altri processi e funzioni psichiche (una sana strutturazione del SuperEgo, una capacità empatica equilibrata, una maggiore propensione a cogliere gli stati mentali interni e le intenzioni degli altri, una maggiore probabilità di sviluppare un adeguato senso morale), se questa capacità viene sostenuta da un *ambiente accuditivo sufficientemente favorevole*. La sufficienza dell'ambiente favorevole viene assicurata in un primo tempo dalla *qualità dell'accudimento della madre o del caregiver primario* (amorevole, presente, sollecitamente responsiva, emotivamente sincronizzata) e dalla sua disponibilità, caratteristiche che consentono all'individuo di integrare nella propria dimensione psichica la realtà della natura ambivalente di sé e degli altri, di tollerare e accettare le proprie pulsioni aggressive, e maturare la capacità del rimorso (senso di colpa) attraverso la disponibilità della madre pronta ad accettare il suo atto riparativo. Da questa abilità fondante l'infante può quindi strutturare la capacità del perdono, che si evolve in modo articolato soprattutto nelle fasi successive dello sviluppo, grazie all'interiorizzazione dell'oggetto buono materno (la rappresentazione mentale della "madre sufficientemente buona" comprensiva e amorevole, che ha ripetutamente gratificato le pulsioni istintuali del lattante, che ha subìto l'atto aggressivo e si è resa successivamente disponibile all'atto riparativo del bambino, come pure alla comprensione ed al perdono) che oltremodo consente l'acquisizione della capacità essenziale di essere soli (Winnicott, 1965; Viola, 2004).

Se *la capacità di comprendere e di strutturare psichicamente la realtà della natura ambivalente umana* non si sviluppa (fondamentalmente per l'inadeguatezza e la carenza dell'ambiente accuditivo; Klein, 1984; Winnicott, 1971) ne deriva l'incapacità di strutturare (come conseguenza della scissione del mondo e del proprio sé in elementi tutti buoni o tutti cattivi) la dimensione mentale emotiva relativa alla *capacità di provare un senso di colpa e del rimorso* (Winnicott, 1963) e perciò la conseguente incapacità di sviluppare la componente affettiva e comportamentale dell'atto riparativo. In un contesto psichico globale, queste incapacità si possono estrinsecare, nel corso dello sviluppo e nell'ambito di un Io debole e scarsamente strutturato (perché non sostenuto, nelle prime fasi dello sviluppo, dall'Io ausiliario di una madre sufficientemente buona, o alternativamente da una gamma di relazioni di accudimento sostitutive compensative e sufficientemente supportive, assicurate da nutrici, o dal padre, o da altri parenti o caregivers), nella progressiva strutturazione di una personalità a vari livelli disturbata e caratterizzata dal *ricorso massivo e stabile a meccanismi di difesa disfunzionali*. Di questi processi disadattivi ne costituiscono esempio la scissione e l'identificazione proiettiva (in un contesto di personalità di tipo borderline), l'idealizzazione e la svalutazione (in un contesto di personalità narcisistica), il diniego (fondamentalmente nelle personalità maniacali), la formazione reattiva e le proiezioni (nelle strutture di personalità paranoidi), l'introiezione e il rivolgimento contro il Sé (nelle personalità depressive), lo spostamento (nelle personalità fobiche), e altri meccanismi (Freud, 1936; McWilliams, 1999) che non stiamo qua ad elencare, e comunque connessi a strutture di personalità disturbate e disadattive.

L'incapacità di tollerare la propria ambivalenza e quella degli altri, si trascina quindi nelle fasi evolutive successive disturbando il sano dispiegamento dello sviluppo psichico, che normalmente si dipana dalla dipendenza fisica e psicologica (solitamente dai genitori) fino all'autonomia ed all'individuazione del Sé, e cristallizzandosi invece, in questo caso, in *strutture di personalità articolate ma a vari livelli disfunzionali*, e in *un'incapacità di fondo di relazionarsi in modo sano e armonico nei rapporti interpersonali* (familiari, amicali, lavorativi, sentimentali).

## Alcuni aspetti clinici

Un'emblematica struttura di personalità disfunzionale, essenzialmente tipica di questa incapacità di fondo (tolleranza dell'ambivalenza e capacità del senso di colpa) e particolarmente nota agli psicologi ed agli specialisti del settore, è la "*personalità psicopatica*" o come più recentemente classificata dal DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) quale "*Disturbo Antisociale di Personalità*". La configurazione di criteri prevista dal DSM-IV per la caratterizzazione di questo disturbo è ovviamente iperinclusiva e particolarmente selettiva, dal momento che questi criteri sono stati ricavati da statistiche ottenute da campioni di soggetti che rientravano soprattutto in determinate categorie socio-culturali (soggetti appartenenti prevalentemente a classi sociali disagiate e di basso livello culturale, colpevoli di reati e detenuti): a buona ragione la scelta di etichettare il disturbo come "antisociale" può essere ritenuta più che opportuna, qualora questo disturbo raggiunga la soglia d'attenzione clinica, determinando una serie di effetti deleteri nel contesto delle relazioni sociali (solitamente la reiterazione di reati perseguibili penalmente). In effetti però, le implicazioni della personalità psicopatica sono molto più vaste, e la loro incidenza molto più elevata di quanto si possa pensare, quando questo disturbo non raggiunga la soglia dell'attenzione clinica e non sia rilevato da indicatori scolastici (durante l'infanzia e la fanciullezza) o dal sistema legale (durante l'adolescenza e l'età adulta), effettivamente coinvolgendo soggetti che appartengono ai più disparati livelli socio-culturali.

Alla base di questo disturbo si pone, secondo un punto di vista psicodinamico (Freud, 1917; Winnicott, 1965) proprio l'incapacità di provare un senso di colpa, strettamente connessa e derivante dalla incapacità primaria (strutturatasi ad uno stadio molto precoce dello sviluppo) di tollerare la propria ambivalenza.

*A un livello più sfumato e non clinico*, le personalità psicopatiche sono comunque rappresentate da individui incapaci di *integrare le persone e se stessi come entità dotate di parti buone ma anche cattive* (perciò affettivamente ed emotivamente duali), oltremodo incapaci di mentalizzare gli stati emotivi degli altri, quindi incapaci di comprensione empatica. Di conseguenza, questi individui sono spesso dotati di una significativa dose di cinismo e aggressività, la cui proiezione paranoide sugli altri (data dall'attribuzione estremamente ricorrente e pervasiva di qualità negative, o da idee persecutorie o di riferimento) o la cui espressione attraverso meccanismi di acting-out (quindi aggressività agita sul piano comportamentale con atti più o meno lesivi) può soddisfare il "latente e ingiustificato senso di colpa" (Freud, 1915), cristallizzatosi prima in maniera embrionale in una psiche in divenire durante la prima infanzia (non essendo stato soddisfatto dall'amorevole disponibilità della madre o del caregiver) e incastonatosi successivamente ed in modo graduale nella struttura di personalità durante le fasi successive dello sviluppo. Dunque, ci si trova dinanzi a persone che pur essendo spesso *apparentemente convenzionali e affabili*, in effetti non sanno accettare la natura ambivalente di se stessi e degli altri, sono manipolative, ciniche, fortemente aggressive, incapaci del rimorso e dunque di compiere un qualunque atto riparativo, di conseguenza incapaci di perdonare e capire le ragioni e i punti di vista altrui (pertanto fortemente egocentriche), frequentemente disposte a calpestare il prossimo pur di raggiungere i propri obiettivi, intrinsecamente invase da un senso di onnipotenza (che utilizzano inconsciamente come meccanismo di difesa) oppure profondamente pervase da un senso di angoscia e da una carenza cronica d'autostima, percependosi come entità fondamentalmente malevole e indegne (anche in questo caso la svalutazione è adottata inconsciamente come meccanismo di difesa).

Possiamo pertanto inferire come l'acquisizione della *tolleranza della propria ambivalenza*, un'acquisizione complessa ed estremamente raffinata che si struttura *a livello embrionale nella primissima infanzia*, nell'ambito della relazione diadica madre-bambino (secondo la Klein, 1953, 1984, nell'arco dei primi 3-4 mesi, nel passaggio dalla fase "schizo-paranoide" a quella "depressiva") e del progressivo sviluppo del Sé emergente e del Sé nucleare (Stern, 1985), si ponga alla base dell'acquisizione di altre capacità psichiche fondanti. Tali capacità, che si possono strutturare e integrare compiutamente soltanto nell'ambito di una disponibilità accuditiva sufficientemente buona del caregiver, consistono in primis *nel superamento dell'onnipotenza* soggettiva e primaria (che caratterizza la dimensione di un Sé emergente), quindi nell'acquisizione della capacità di provare un senso di colpa (poiché accettando la propria ambivalenza, e quindi anche la realtà delle proprie pulsioni aggressive, si può maturare una capacità d'apprensione e l'intenzione dell'atto riparativo). Queste premesse costituiscono, nel contesto della strutturazione psichica infantile e del processo graduale di "insediamento della psiche nel soma" (Winnicott, 1965), delle tappe essenziali affinché possa verificarsi l'interiorizzazione, prima nella propria struttura psichica e nel proprio Sé in divenire, e

successivamente nella propria personalità, di un oggetto interno buono (dato nell'infanzia dalla madre gratificante, e successivamente da un ambiente benevolo) che a sua volta sta alla base dello sviluppo della *capacità di essere soli*.

E' logico che l'acquisizione della tolleranza della propria ambivalenza determini conseguentemente la strutturazione della tolleranza dell'ambivalenza altrui: questo si verifica in forma embrionale nel passaggio dall'accettazione del bambino delle proprie proiezioni istintuali d'amore e di quelle aggressive sulla madre, e nella successiva comprensione dell'interezza della stessa figura materna come oggetto capace di amare (quando allatta e accudisce il lattante) ma anche di ferire (quando non gratifica immediatamente le richieste dell'infante provocandone frustrazione). L'individuo può accettare l'ambivalenza altrui in quanto consapevole della propria ambivalenza, pur mantenendo la consapevolezza dell'unicità e dell'interezza di se stesso e degli altri, quali entità capaci di amare ma anche di ledere, come individui capaci del bene ma anche del male, condizione che costituisce l'essenza di fondo della realtà umana. E' essenziale pertanto una sana costituzione embrionale di questa capacità, che si può sviluppare soltanto nell'ambito di una soddisfacente relazionalità madre-bambino, e che si pone alla base dello sviluppo di successive abilità sociali.

Nelle perizie psicologiche effettuate in età evolutiva ricorre spesso il tema dell'ambivalenza del bambino. E' molto importante individuare e definire accuratamente e compiutamente, allo scopo di non pervenire a risultati o diagnosi psicologiche incongruenti, il tratto ambivalente effettivamente disfunzionale o disadattivo e quello patologico. Premesso infatti che l'ambivalenza costituisce una condizione di base della natura umana, essa può divenire disfunzionale quando non accettata ad un livello intrapsichico, determinando pertanto meccanismi patologici di scissione, oppure quando raggiunge frequenze e intensità significative o comunque superiori alla norma. E' molto importante soprattutto distinguere tra una condizione disadattiva e una patologica. Mentre la condizione disadattiva spesso si accompagna a una condizione di marcata ambivalenza, una condizione patologica si associa invece, oltre che a una soglia elevata di ambivalenza, anche e soprattutto al suo diniego e rifiuto: l'intolleranza dell'ambivalenza a sua volta determina *patologiche scissioni della propria realtà psichica interna e del mondo*.

Sarebbe pertanto paradossale classificare l'ambivalenza come condizione patologica in sé, senza determinarne la sua esatta portata e dinamica, costituendo essa una condizione di base della natura umana. In effetti è molto importante un'accurata caratterizzazione psicologica della casistica in relazione all'ambivalenza, poiché un attaccamento infantile o adulto ambivalente (Ainsworth, 1978, 1989; Bowlby, 1988; Bartholomew e Horowitz, 1991) potrebbe non essere patologico ma semplicemente, a un livello più o meno marcato, disfunzionale, mentre l'incapacità di tollerare la propria ambivalenza e quindi quella degli altri, potrebbe invece produrre configurazioni psicologiche effettivamente patologiche che frequentemente si associano a forti meccanismi dissociativi (la scissione degli oggetti) ed a forti proiezioni. L'incapacità della tolleranza dell'ambivalenza può essere infatti riscontrata a diversi livelli e nel contesto di svariate configurazioni psicologiche disfunzionali (disturbi clinici o condizioni disadattive), che vanno da vari disturbi di personalità (fra cui quello antisociale è emblematico) a quadri depressivi e/o maniacali, ad altri variamente psicotici (sindromi schizofreniche, schizo-affettive e schizo-paranoiche).

Tuttavia, come già precedentemente accennato, questa incapacità si estrinseca anche nel contesto di personalità disadattive di tipo psicopatico che non raggiungono la soglia d'attenzione clinica, e che il clinico esperto può comunque riconoscere con perizia, sulla scorta di una serie di elementi individuabili nel contesto della relazione terapeutica (modalità percettive, costrutti cognitivi e schemi relazionali) e del transfert, e di altri di natura psicodiagnostica derivanti da procedure di testing. L'incapacità evidente di integrare e di tollerare, a un sano livello, la coesistenza di parti buone e cattive del proprio Sé e di quello degli altri, costituisce l'elemento più immediato e lampante di questa carenza disfunzionale: altri aspetti ne derivano quali portati, come l'incapacità di apprensione e di riparazione (senso di colpa o rimorso e atto riparativo), l'incapacità di mentalizzare gli stati emotivi propri ed altrui (la capacità di rappresentazione mentale e quella di discernimento di questi stati), le eccessive tendenze svalutative e/o autosvalutative, l'onnipotenza (che a tratti può diventare anche delirante), l'incapacità del perdono, la frequente polarizzazione degli aspetti della realtà (i meccanismi di scissione) e le forti proiezioni sugli oggetti relazionali, che spesso determinano una marcata tendenza alla *ideazione di tipo paranoide*.

## Conclusioni

In un quadro di sviluppo psicologico sano l'acquisizione della capacità di tollerare

l'ambivalenza (quella propria ed altrui) e di integrare gli oggetti, si sviluppa prima a livello embrionale nel contesto della relazione diadica madre-infante (Klein, 1948, 1953, 1984), e consente poi, in uno stato di strutturazione crescente del Sé, di superare la situazione edipica nel quadro della relazione triadica madre-padre-bambino (l'accettazione e il superamento della coesistenza di pulsioni di amore e odio per il genitore dello stesso sesso, vissuto come rivale nella relazione "libidica" con il genitore di sesso opposto), e quindi di strutturare delle sane relazioni di attaccamento con i caregivers (fondamentali per il successivo sviluppo equilibrato delle abilità sociali e delle relazioni interpersonali e affettive) e successivamente con partners romantici. Inoltre, la strutturazione embrionale sana della tolleranza dell'ambivalenza consente di introiettare oggetti interni buoni, e maturare pertanto la capacità di essere soli (Winnicott, 1965), fondamentale nelle diverse fasi dello sviluppo e per l'intera vita adulta, di strutturare armonicamente un *senso morale* (il cui embrione si forma proprio nel crogiuolo della relazione diadica madre-bambino, attraverso le introiezioni d'oggetto, e successivamente attraverso il superamento della situazione edipica e la costituzione psichica di un Super-Io, Freud, 1922) che via via passa *dall'eteronomia egocentrica* all'*autonoma etica* (Piaget, 1957; Kohlberg, 1984), la quale peraltro richiede e comporta la capacità di rappresentarsi mentalmente gli stati emotivi, le intenzioni e le motivazioni degli altri. Pertanto, la strutturazione sana della capacità di tollerare l'ambivalenza, precocemente resa possibile fondamentalmente da un ambiente accuditivo facilitante e sufficientemente buono (Winnicott, 1965), costituisce un'acquisizione fondamentale nel processo più ampio e necessario di individuazione psichica e una componente essenziale per una condizione di benessere psicologico.

## Bibliografia


Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth, M. D. S., (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist, 44*(4), 709-716.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. London: Basic Books.

Campbell, J. (1971). *The Portable Jung*, Translated by R.F.C. Hull, New York: Penguin Books, 1971.

*DSM IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, text rev, (2000),* American Psychiatric Association, Washington, DC.

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. [1915], *S.E.*, 14:237-258.

Freud, S. (1917). Introduzione alla psicoanalisi, in *Opere di Sigmund Freud* (1976), Vol. VIII, p. 452. Torino: Boringhieri.

Freud, S. (1922). *L'Io e l'Es*. In *Opere*, (1986), vol. 9. Torino: Boringhieri.

Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defence*. London: Hogarth Press (1961).

Frith, U.; Frith, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. Biol Sci., Mar 29*; 358(1431):459-73.

Jung, C. G. (1917, 1928). *Two Essays on Analytical Psychology* (1966 revised 2nd ed. Collected Works Vol. 7). London: Routledge.

Jung, C. G. (1938). *Psychology and Religion*. New Haven: Yale Univ. Press.

Jung, C. G., (1934–1954). *The Archetypes and The Collective Unconscious.* (1981 2nd ed. Collected Works Vol.9 Part 1), Princeton, N.J.: Bollingen.

Jung, C. G. (1957). *The Undiscovered Self (Present and Future)*. 1959 ed. New York: American Library. 1990 ed. Bollingen

Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *Int. J. Psychoanal.*, 29:113-123.

Klein, M., & Riviere, J. (1953). *Love, Hate, and Reparation.* Psycho-Analytical Epitomes No. 2, London: Hogarth Press.

Klein, M. (1984). Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-1945 (The Writings of Melanie Klein, Vol 1). Free Press

Kohlberg, L. (1984). *Essays on moral development*. New York: Harper e Row.

Leslie, A. M. (1991). Theory of mind impairment in autism. In A. Whiten, Ed., *Natural theories of mind: Evolution, development, and simulation of everyday mindreading.* Cambridge, MA: Basil Blackwell.

Leslie, A. M. (1991). Theory of mind impairment in autism. In A. Whiten, Ed., *Natural theories of mind: Evolution, development, and simulation of everyday mindreading*. Cambridge, MA: Basil Blackwell.

McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation.* New York: The Guilford Press Inc.

Piaget, J. (1957). *Le jugement moral chez l'enfant*. Paris : P.U.F.

Stern, Daniel N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.

Threvarten, C. (1980). The foundations of intersubjectivity: development of interpersonal and cooperative understanding in infants. In D. R. Olson (Ed.), *The social foundations of language and Thought.. Essays in Honor of Jerome Bruner*. New-york: W.W. Norton.

Viola, A. (2004). *Sulla capacità del senso di colpa e di essere*

*soli:* due *mete fondamentali nello sviluppo mentale sano dell'individuo e nel processo di individuazione.* Retrieved from the web, in http:// digilander.libero.it/ Antonello_Viola_Dott/ individuazionepsicologica.htm

Winnicott, D.W. (1945). Primitive emotional development. *Int. J. Psychoanal., 26*:137-143.

Winnicott, D.W. (1963). The development of the capacity for concern. *Bull. Menninger Clin., 27*:167-176.

Winnicott, D. W. (1965). The Maturational Process and the Facilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis. Trad. it. di Bariatti, B. (1970), *Sviluppo Affettivo e Ambiente*. Roma: Armando Editore.

Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. New York: Basic Books.

Ricevuto : 139 luglio 2007
Revisione ricevuta : 08 novembre 2007

(SEZIONE MONOGRAFICA:
L'immagine del counselor)

# Cum sol: Immagini del counselor

Felice PERUSSIA
Università di Torino

ABSTRACT - *Cum sol: Images of counselor* - The article, which acts as premise to the special monographic research section on the image of the counselor in Italy, presents a brief review of international data on the perception of counseling. A quick look to scientific literature shows that counseling is a central aspect of the services and supports that refer to psychology at large. Counseling is a free profession, corresponding to a non-clinical therapeutic activity, which consists in taking care of the person, based on a strong scientific points of view but outside of any reference to mental illness or to psychiatry or to freudian psychoanalysis. In Italy where, unlike what happens in the rest of the world, law actually claims that there is a specific professional figure of "psychotherapist" (paramedic that deals exclusively with mental illness), the space for a *therapeia* (non-sanitary service), which is precisely the counseling, is very broad. Counseling represents a discipline that goes far beyond psychology, to involve many other areas of study and research, and which now counts on a considerable conceptual background. KEY WORDS – Counseling, Psychotherapy, Image, Social perception, Italy.

RIASSUNTO – L'articolo, che fa da premessa alla speciale sezione monografica di ricerca sulla immagine del counselor in Italia, presenta una breve rassegna di dati internazionali relativi alla percezione sociale del counseling. Uno sguardo anche rapido alla letteratura scientifica evidenzia come il counseling rappresenti da molto tempo un aspetto centrale delle attività di servizio e di aiuto che si richiamano alla psicologa in senso lato. Il counseling è una libera professione, che coincide con l'attività terapeutica non-clinica, la quale consiste nel prendersi cura della persona seguendo un punto di vista solidamente scientifico, ma al di fuori di ogni riferimento alla malattia mentale o alla psichiatria più o meno psicoanalitica. In Italia dove, a differenza di quanto accade nel resto del mondo, si pretende che esista una figura professionale specifica di "psicoterapeuta" (paramedico che si occupa di malattie mentali), lo spazio per una therapeia (non-sanitaria), quale appunto è il counseling, appare altresì particolarmente ampio. Il counseling rappresenta infatti una disciplina che va ben al di là della psicologia, per coinvolgere molte altre aree dello studio e della ricerca, e che conta ormai su supporti concettuali notevoli. PAROLE CHIAVE: Counseling, Psicoterapia, Immagine, Rappresentazione sociale, Italia.

## Il tema del counseling nella psicologia quotidiana

Da alcuni anni il gruppo di lavoro che opera nel *Laboratorio di Ricerca sulla Personalità e sul Counseling* presso il Dipartimento di Psicologia nell'Università degli Studi di Torino si è proposto, tra l'altro, di sviluppare le conoscenze scientifiche relative alla natura di quel movimento, posto ai confini della psicologia (così come di molte altre discipline), che si va affermando in forma sempre più ampia e visibile sotto il nome di *counseling* o anche di *consulenza*, più o meno psicologica, *alla persona*.

I modi per affrontare un tema del genere possono essere molti. Nella presente occasione, il nostro riferimento principale è la pubblicazione, su questo numero del *Giornale di Psicologia*, di alcune ricerche che abbiamo realizzato con l'obiettivo specifico di definire l'immagine, ovverosia il vissuto, del counseling e del counselor nell'ambito della cultura italiana.

Abbiamo dunque realizzato tre ricerche, tutte a carattere di indagine qualitativa sul campo, che cercano di definire ciascuna il modo in cui il counseling viene percepito da parte di una diversa categoria di persone: A) alcuni operatori professionali del settore (psicologi, psicoterapeuti, counselor); B) i medici; C) il pubblico in generale. L'insieme di queste ricerche viene dunque a costituire la sezione monografica di questo numero del *Giornale di Psicologia* sul tema appunto della immagine del counseling in Italia.



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

I risultati che discendono da ciascuna di tali ricerche vengono riferiti nei relativi articoli che seguono. Merita tuttavia premettere alla lettura diretta dei lavori originali, alcuni dati di scenario che possono aiutare a capire il contesto in cui ci muoviamo e che possono contribuire ad interpretare meglio gli elementi emersi.

Queste brevi note non pretendono naturalmente di esaurire in alcun modo l'argomento. Possono tuttavia evocare, nella loro natura di spunti per la riflessione, qualche dato di scenario sullo sfondo del quale capire meglio anche i risultati, per certi versi anche un po' sconcertanti (specie se messi a confronto con il quadro internazionale), delle ricerche che abbiamo realizzato.

## Epidemiologia del counseling

A parere di alcuni, un fantasma si starebbe aggirando per l'Italia (e un po' anche per l'Europa): lo spettro del *counseling*. Continuando nella nostra parafrasi di tale abusata immagine amletica (nella sua versione più popolarmente marxiana), potrebbe capitare a qualcuno di affermare che: "Tutte le potenze della vecchia professione si sono alleate in una santa battuta di caccia contro questo spettro ... Quale professionista d'opposizione non è stato tacciato di counseling dai suoi avversari? ... Da questo fatto scaturiscono due specie di conclusioni: Il counseling è di già riconosciuto come potenza da tutte le potenze professionali. E` ormai tempo che i counselor espongano apertamente in faccia a tutto il mondo il loro modo di vedere, i loro fini, le loro tendenze, e che contrappongano alla favola dello spettro del counseling un manifesto del counseling stesso".

L'avanzata del counseling appare talmente pervasiva nel campo delle professioni d'aiuto, oltre che relativamente entusiasmante oppure invece preoccupante (almeno, si direbbe, per alcuni psicologi), che anche l'autorevole direttore del *Giornale Italiano di Psicologia* apre uno degli ultimi numeri del Giornale stesso sottolineando il fatto che ormai il counseling e "il suo rapporto conflittuale con la professione di psicologo fanno notizia, occupano le pagine dei quotidiani e le aule dei tribunali" (Gerbino, 2007). Forse questa immagine è un po' esagerata; però aiuta a rendere l'idea di un fenomeno ormai pervasivo e per certi aspetti vincente.

Il caso del counseling rappresenta un evento scientifico-professionale particolarmente interessante nella cultura italiana, poiché il counselor pare essere una figura che si sta affermando quasi da sola. La psicologia, genericamente intesa è infatti esplosa nel nostro Paese a partire dagli anni '60 soprattutto grazie al sostegno che le hanno apportato i nuovi corsi di laurea, nati soprattutto per ragioni di strategia accademico-baronale (e quindi molto solidi), per poi consolidarsi grazie alla successiva invenzione di una inedita corporazione professionale degli psicologi.

La confraternita degli psicologi risulta essere epistemologicamente fragile oltre che quasi inesistente negli altri Paesi occidentali (almeno come istitutzione statale), ma relativamente aggressiva in Italia, con il suo sforzarsi costantemente di sottrarre privilegi alle altre professioni e col suo cercare di frenarne in tutti i modi la concorrenza.

Per cui, almeno nel nostro Paese, il counseling si sviluppa attorno ad una indefinita vocazione professionale-identitaria che appare decisamente più libera ed autonoma di quella di molte professioni più tradizionali. Il counseling tende infatti a crescere nel confronto concreto con la realtà professionale e con la ricerca, molto più che attraverso uno specifico percorso formativo rigidamente vincolato o attraverso una strategia accademica o sviluppando battaglie di retroguardia su qualche privilegio corporativo.

Il costrutto del counseling presenta insomma, quanto meno, una interessante potenzialità come espressione delle modalità innovative attraverso cui si disegnano le professioni post-moderne.

La soggettività e i suoi sviluppi sono infatti sempre stati il teatro per una inesauribile battaglia dei network scientifico-professionali consolidati: sacerdoti, medici, filosofi, assistenti sociali, infermieri, riabilitatori, psicologi ecc. Il nuovo riferimento autonomo al modello scientifico-professionale del counseling aggiunge però una occasione per scompaginare nuovamente le carte: non solo dal punto di vista della lotta *per* le corporazioni (così come della lotta *contro* le coporazioni), ma anche dal punto di vista delle missioni ideologico-scientifiche, delle speranze di conoscenza e del servizio al pubblico per l'utente.

## Dubbi, luminose incertezze, invidie, sogni, critiche, identità

Volutamente ho evocato poco sopra Amleto (ancorché principalmente nella sua lettura potenzialmente progressista se non rivoluzionaria). Il counselor (specie: italiano) è infatti sempre pieno di dubbi, di incertezze, di paure e di fantasmi. Il counselor sempre si chiede se essere oppure invece no.

Il counseling ama proporsi infatti come un fantasma anche nel senso della sua indeterminatezza apparente. Questo atteggiamento è connaturato al-

l'identità e alle strategie del counselor stesso un po' in tutto il mondo. Il counselor pare infatti essere uno studioso e un professionista che si interroga continuamente. Forse anche in virtù del dubbio metodico che la filosofia (una delle sue componenti originali) gli suggerisce come viatico essenziale per perseguire la conoscenza.

Di counseling si parla (occasionalmente) un po' dappertutto, almeno nella cultura occidentale (industriale-scientifico-militare avanzata) e ormai se ne discute anche nelle aree dette emergenti del Terzo Mondo. Tuttavia, a parte che negli Stati Uniti e nel Regno Unito (incerti anche loro, ma in modi un po' diversi e comunque assai meno timidi): nella generalità delle culture, e particolarmente in quella italiana (che qui maggiormente ci interessa), se ne ragiona spesso come girando a vuoto.

Detto altrimenti: appare evidente come spesso chi affronta il tema del counseling non abbia quasi idea di che cosa il counseling possa essere esattamente, benché questo generalmente si presenta come un tema che gli piace e di cui tratta in termini favorevoli, aspettandosi che da tale costrutto possa derivare un qualche cosa di rilevante in senso positivo. Per cui, in effetti, il riferimento alla *confusione* identitaria (o a termini anglo-americani simili come: *misunderstandings, misperceptions, problems in professional identity, dilemmas* ecc) ricorre nei modi più ossessivi in tutte le riviste di counseling.

L'unico altro contesto in cui è possibile trovare altrettanta pervasiva incertezza, ovverosia altrettanta confusione, sulla propria identità scientifico-professionale (e spesso anche personale-esistenziale) è forse quello del dibattito sul ruolo dello psicologo in Italia, soprattutto negli anni '70 e '80.

Lo scenario della psicologia italiana è infatti sempre stato dominato da tormentoni quali: l'incomprensione da parte del pubblico verso la psicologia; il non riconoscimento delle meravigliose soluzioni ad ogni problema offerte dalla disciplina; la mancanza di fiducia (e quindi di guarigione) da parte dei clienti; la non disponibilità culturale e giuridica a considerare la psicologia come una forma marginale di medicina; la fastidiosa presenza di concorrenti efficaci nel servizio alla persona; la mancanza di un contratto di lavoro statale a tempo indefinito e così via (Perussia, 1994, 1999; Perussia e Viano, 2006).

Poi si è scoperto l'Ordine professionale e gli psicologi italiani (o almeno quelli che sono riusciti ad entrare più o meno fortunosamente dentro tale categoria), forti di questo amuleto, si sono sentiti molto più tranquilli; anche per la fiducia di poter trovare una propria sistemazione che portasse la medesima serenità scientifica dei Notai, dei Farmacisti, dei Taxisti e di quant'altri hanno saputo costruirsi un proprio spazio fortificato col buttare fuori tanti altri dalla pubblica piazza, almeno temporaneamente.

Cosicché molti hanno ritenuto di avere trovato anche un ruolo: esistenziale e anche pensionistico, ancora prima che professionale. Mentre altri fantasticano di essere diventati gli unici competenti in materia di soggettività e gli unici veri medici della malattia mentale.

Al di là del senso di sicurezza che gli Italiani sempre traggono da diplomi abbondantemente timbrati, titoli onorifici e altri presunti riconoscimenti formali (ma soprattutto dai contratti nazionali di categoria e dalle mura di un Ordine in cui rifugiarsi), l'incertezza reale si è fatta sempre più vertiginosa; ma viene in genere risolta non pensandoci più.

La situazione appare diversa se si passa il confine (qualsiasi confine), uscendo dall'asfittico mondo tardo-medioevale degli ordini corporativi italiani, per aprirci ai dati della moderna ricerca internazionale sul tema del counseling.

Stante che, come merita sempre ricordare con tutta l'insistenza del caso: l'attività di counselor non è certo una caratteristica ristretta agli psicologi (più o meno vagamente definiti). Si tratta infatti, come già abbiamo ricordato, di una professione che è libera in tutto il mondo, così come in Italia.

Resta comunque questo fatto della diffusa incertezza su: chi siamo (come counselor)? da dove veniamo? che cosa facciamo? quali sono le fondamenta scientifiche del counseling? e così via. Condizione piena di dubbi sulla propria esistenza ed essenza che si riscontra pressoché ovunque. Anche considerando che, come già accade per la psicologia (e per la gestione della nazionale di calcio) ci sentiamo tutti, specie se operiamo nelle scienze umane o nei servizi alla persona ma anche in una qualsiasi professione in genere, almeno un po' counselor.

Riporto dunque qualche esempio, fior da fiore, stante che se ne possono ricavare più o meno da qualsiasi cultura moderna.

Hanno problemi di identità, nel senso che non riescono bene a definirsi, e di riconoscimento della qualità della professione, nel senso che non raggiungono lo sperato vasto successo presso il pubblico, i counselor della Nuova Zelanda (Stanley, e Manthei, 2004). I problemi di identità angustiano quelli che si occupano di counseling nella Repubblica Popolare Cinese (Qin e Xiao-Ming, 2006). Grandi incertezze identitarie scuotono il counselor di Hong Kong (Leung, 1999).

Venendo al mondo più classicamente anglo-americano: sentono di avere una identità confusa i

counselor che operano nell'ambito della salute mentale (Pistole e Roberts, 2002). Si sentono incerti sulla loro effettiva identità scientifica e professionale i counselor della riabilitazione (Mpofu, 2000). E così via.

In Israele, dove il paradosso viene presentato non senza ironia, il counseling sembra essere percepito dai più con notevole favore, anche se non pare quasi esistere quanto meno in forma esplicita (Barak e Golan, 2000). Pure da una ricerca condotta sul counseling negli Emirati Arabi risulta (quasi per un'attitudine bipartisan) che in quei Paesi il counselor virtualmente non esiste proprio, ma cionondimeno gli studenti ne danno una valutazione positiva (Brinson, Al-amri, 2005).

Problemi rilevanti di identità, con i relativi evidenti paradossi, invisibilità, incomprensioni ecc, assieme a grandi speranze per il futuro, vengono segnalati praticamente ovunque. Cito, tra gli altri, ulteriori rapporti in tal senso relativi quanto meno a: Australia (Pryor e Bright, 2007); Canada (Young e Nicol, 2007); Francia (Bernaud, Cohen-Scali e Guichard, 2007); India (Arulmani, 2007); sud-Africa (Vontress e Naiker, 1995; Watson e Fouche, 2007); Grecia (Stalikas, 2003); e così via dappertutto, Italia compresa (Vitelli et Al, 1998). Gerbino (2007), a proposito del counseling, parla di "un universo complesso, in cui molti livelli sono confusi".

Anche una indagine presso un campione di psicologi clinici del Servizio Sanitario Nazionale inglese, relativa alla percezione del ruolo e delle attività dei counselor psicologici (che si autodefiniscono in modo differente dagli psicologi clinici) i quali operano nella medesima struttura, rileva una grande vaghezza e confusione (Lewis e Bor, 1998). Tale diffusa incertezza si riferisce a quasi tutto quello che concerne l'immagine dei counselor stessi, i quali pure sono colleghi molto stretti degli intervistati, su temi quali: competenze specifiche; modi in cui si estrinseca tipicamente la loro attività di servizio; modalità della formazione ricevuta ecc.

Secondo un'analisi del contenuto relativa alla letteratura pubblicata sulla *Counselling Psychology Review* nel Regno Unito, il tema più ricorrente nei contributi prodotti nell'arco degli anni '90 è quello della costruzione della identità e della legittimazione scientifico professionale dei counselor, specie con l'obiettivo di identificare le somiglianze e più ancora le eventuali differenze rispetto alle molte altre figure che pure operano nelle professioni sanitarie e d'aiuto (Pugh e Coyle, 2000).

Esistono interessanti ricerche qualitative, sul tipo delle tre che presentiamo in questo stesso numero del *Giornale di Psicologia*, sull'esperienza professionale e personale degli accademici nell'ambito del counseling, anche con riferimento al caso particolare delle universitarie donne (Williams et Al, 1998; Nelson et Al, 2006). Dove si rileva tra l'altro che la relativa indeterminatezza scientifico-professionale del counseling si riflette pure (creando ulteriore confusione) sulla condizione accademica di chi vuole occuparsene.

Infine, come primo approccio al caso italiano, si trovano vari indizi del fatto che nel nostro Paese il concetto di counseling è decisamente poco presente in psicologia, nonostante alcune recenti resipiscenze da parte di alcuni psicologi che sono stati improvvisamente afferrati dal dubbio che il counseling (qualunque cosa esso sia) debba comunque rientrare nella riserva di caccia degli psicologi stessi (prima che magari se lo prenda qualcun'altro). Intuizione, relativa al diritto di proprietà sul fantasma, che però si è accesa improvvisamente anche in molte altre categorie e associazioni di counselor potenziali, talora piuttosto lontani dalla psicologia.

Comunque, per esempio, il classico (quanto ottimo) dizionario di psicologia di Dalla Volta (1974) non prevede proprio termini come counseling o counselor. Né li prevede il dizionario di psicologia di Harré, Lamb e Mecacci (1983-1986). Né li prevede il dizionario storico di psicologia di Barale et Al (2006). Benché una certa quale dimensione psicologica emerge, ancorché molto indirettamente, nei contesti operativi del counseling italiano, quanto meno nella consulenza aziendale, nei consultori familiari e simili.

## Camminare insieme

L'incertezza diffusa in tema di counseling è testimoniata anche dai molti specchi su cui ci si arrampica per cercare di definirlo. E siccome non è facile incontrare in letteratura nemmeno una etimologia corretta del "counseling" che aiuti a cogliere le stratificazioni di significato che connotano il termine, mi permetto di specificarla qui esplicitamente con qualche dettaglio. Il concetto di counseling è infatti molto più ricco e arcano di quello che il poco che se ne dice in Italia possa fare pensare.

*Counseling* (o *counselling*) non è altro che la versione angloamericana (sostanzialmente: moderna) del termine latino *consul,* il cui agire si sostanzia nel verbo *consulo-consultum-consulere*: deliberare. Stante che il latino classico *consul*, a voler essere pedanti, rappresenta un termine quasi improprio. Esso infatti esiste soprattutto al plurale: *consules*. Originariamente, non può darsi infatti *un* singolo consul, ma solo *una coppia* ovvero i *due* consules.

Consul, che più anticamente era *consol*, deriva, secondo la maggioranza delle etimologie, da *con-sol* (poi *cum-sol*). Si lega dunque direttamente alla preposizione *con* (in uso anche nell'italiano contemporaneo) e al termine *sul* (suolo, terreno; poi: *sol, solus* e *solum*). La radice *sul* per riferirsi alla terra è la stessa che definisce parole come *exul* (e-sul: via dalla terra) piuttosto che *praesul* (davanti alla terra). In sostanza: i consoli camminano assieme ovverosia condividono un terreno comune o calcano il suolo come con uno stesso piede o passo, in quanto esercitano un potere che insiste sulla medesima terra.

Da consul derivano direttamente il verbo *consolor-consolari*: con-solare, con-fortare. Mentre il latino *consulto-consultare* è forma frequente di *consulo-consulere* (verbazione diretta da consul): consultare, ponderare, deliberare, provvedere a, avere cura, consultare, ottenere una risposta.

Con qualche fantasia, si può anche immaginare che consul si leghi all'idea di *cum solus*: essere solo (nella decisione, nella vita) e nel contempo essere con qualcuno. Mi pare una lettura filologicamente meno solida, ma fascinosa come metafora.

Considerando che *solus* (solo, unico) e *solum* (suolo, la parte più bassa di ogni cosa) vengono entrambi da *sol*. Stante che l'essere singolo viene anche definito dal fatto di calcare il proprio terreno, visto che due persone diverse, a parte il caso della coppia consolare, non possono insistere sullo stesso luogo (da cui l'intenso dibattito, tipico della scolastica medioevale e meno ozioso di quello che possa sembrare oggi, relativo al numero esatto di angeli che possono stare sulla capocchia di uno spillo).

C'è poi il sostantivo *consultatio*: consultazione. *Consultum*: decisione, determinazione, responso dell'oracolo. *Consultor*: decisore, consigliere, colui che si consiglia. *Consolor-consolari*: consolare. In latino *consolatus* è colui il quale viene consolato, ma anche il consolato inteso come magistratura. In italiano *consolare* è la via Emilia, ma anche il verbo di chi consola. Consulente non è che il principio presente di *consul-ere*: *consulens*; oppure del verbo *consolare*: *consolans* (o *consulans*?). In ogni caso: tutte queste espressioni si collegano chiaramente tutte al consul.

Il consolato (sarà utile ricordarlo) nasce a Roma con la fondazione della Repubblica, come coppia (tipo: Romolo e Remo) di magistrati civili e militari supremi la quale riceve la potestà che era una volta regia; per cui il consolato si trova a capo dello Stato.

Il consolato viene istituito in seguito alla leggendaria cacciata del settimo ed ultimo re etrusco di Roma (Lucius Tarquinius Superbus) per via delle sue eccessive e autoritarie pretese di potere.

La coppia consolare viene eletta direttamente dal popolo: a partire dal 509 prima dell'era volgare solo trai i patrizi; e poi dal 365 anche tra i plebei. La coppia consolare deve essere matura in età (sopra i 40 anni) e perdura in carica per un solo anno. I consoli non detengono il potere religioso, ma sono coinvolti pure in compiti religiosi, nel senso che la lettura divinatoria degli auspici veniva attuata sempre come premessa conoscitiva prima di muovere l'esercito alla battaglia.

Il consolato latino rappresenta forse l'unica magistratura collegiale a gerarchia simmetrica (*imperium duplex*) che si conosca storicamente. Di solito: le cariche di potere hanno un vice o sostituto; ma praticamente nessuna ha mai un doppio. Oppure ci sono delle oligarchie, ma con un presidente del gruppo che comanda; o almeno gli oligarchi sono in numero dispari, per cui si può avere una maggioranza. Tanto che il consolato appare difficile anche solo da concettualizzare, almeno per chi non l'ha sperimentato storicamente *in vivo*.

Anche perché tale magistratura termina con Giulio Cesare, che si auto-nomina console unico. E quindi storicamente conosciamo anche un consul isolato (in effetti: dittatore o imperatore), privo cioè del suo doppio.

Il singolo console autentico (che però, lo ripeto, esiste solo in coppia) ha *imperium* su tutti e non può essere comandato da nessuno, ma è eletto da quelli a cui comanda e c'è sempre qualcuno con cui deve accordarsi (o consultarsi) poiché non può comandare su di lui: il console appunto (quell'altro). Ognuno dei due consoli è titolare del potere nella sua interezza e può esercitarlo in via del tutto autonoma; salva la facoltà del suo gemello di porre il veto (*intercessio*).

Quindi la coppia consolare è la personificazione del concetto di consultazione (con il proprio doppio) come anche, per evocare ulteriori connotazioni, del modo duale tipico del greco antico ovverosia dell'autorevolezza che si lega al confronto e alla collaborazione. Dove un console dà forza al suo doppio, nel senso che lo conforta mentre lo consola; o mentre consola insieme a lui.

Mentre, giusto per aggiungere un altro dettaglio, il primo Pontefice cristiano della storia e cioè Gregorio I detto Magno, quando muore nel 604, si fa incidere sulla tomba la qualifica, che lo ricorderà nei millenni, di *consul Dei*; nel senso di colui il quale è cammino consonante con Dio. Il concetto suona analogo a quelli, usati da altri Papi, di vicario di Pietro e successivamente di Cristo e poi di Dio.

Il termine *counsellor*, secondo la versione maior dell'*Oxford English Dictionary*, è presente nella lin-

gua inglese almeno dal tredicesimo secolo, in genere con il significato di consigliere (*advisor*) delle persone e specialmente del re, con riferimento a vari problemi. Il termine console verrà ripreso spesso nella storia, in genere per assorbirne il grande fascino simbolico, come ad esempio nel caso della Rivoluzione francese e di Napoleone.

Tutto questo per rendere conto di quanto il riferimento al consul, nel caso del counsel(or), sia concettualmente molto efficace (oltre che storicamente esatto) per evocare le caratteristiche del moderno consulente personale. Specie se si considera che entrambi i consoli valgono lo stesso, salvo che in alcune cose uno ne capisce di più.

Si tratta insomma di un'idea di simmetria e di parità che definisce proprio quello che pretendono molti psicologi a vario titolo, rispetto al proprio cliente-utente, almeno dagli anni '60 in poi (ma anche prima); specie quando si propongono come counselor alla persona.

### Counselor o counsellor?

Una caratteristica del counseling è anche quella che non si sa bene come chiamarlo con certezza. Ad esempio: ancora negli anni '60 (quando pure la figura del counselor era già ben radicata nella professione psicologica internazionale) in una ricerca pubblicata sull'*American Psychologist* che si proponeva di analizzare le attività psicologiche che possono essere svolte nell'ambito dei servizi collegati alla salute mentale, il termine counseling non compariva (almeno non con un termine specifico) tra le sei categorie generali di attività indicate come possibili per il medio diplomato in psicologia, e cioè: Consultation; Program direction; Psychotherapy; Research; Teaching; Testing (Wellner, 1968).

Un'altra curiosità, venendo al caso italiano, è che nella traduzione del classico testo di Rogers (1942) il termine originale usato da lui, e cioè "counselor", viene tradotto con "consultore". Rovatti (2006) indica il counseling (filosofico) chiamandolo "consulenza". Mentre Gerbino (2007) vi si riferisce con il termine di "consultazione".

Più prosaicamente, tra quanti si occupano del tema, alcuni si chiedono se usare una o due "l" per indicare il counseling stesso. Vista l'origine latina della parola (*solus*, ovviamente contiene una elle sola), è sempre piuttosto penoso il dibattito sulla forma più ossequiente alla sua angloamericanizzazione. Posso tuttavia superare il disagio (anche a motivo dell'affettuosa simpatia che nutro per i nostri barbari cugini) e cercare nella banca dati *Psychinfo* degli articoli riconducibili alla psicologia (secondo l'American Psychological Association) che sono apparsi tra il gennaio del 1806 e il novembre del 2007. Dove si scopre che l'espressione "counselling" (con due elle) evoca 5.242 voci, mentre l'espressione "counseling" (con una elle sola) ne evoca 61.779.

Se invece si interroga il motore di ricerca Google, le pagine internet censite alla fine di novembre 2007 sono rispettivamente: counseling, 55.300.000; counselor, 22.700.000; counselling, 17.700.000; counsellor, 5.720.000.

Mentre merita notare sin da subito, anche per evidenziare una differenza che emergerà drammaticamente nelle pagine che seguono, come la frequenza di altri termini, che pure sembrano essere molto cari ad alcuni psicologi italiani, è invece decisamente più bassa; capita così, tra gli altri, a psychotherapy, (13.700.000) e psychotherapist (2.820.000).

Da cui si deduce, compulsando direttamente un buon campione di tali articoli psicologici (qualcuno dei quali è citato nella bibliografia di questo articolo): che la versione con due elle è più tipica del Regno Unito; mentre la versione con una elle sola è più tipica degli Stati Uniti. Ma anche che la versione con una elle sola è quella largamente dominante in tutto il mondo. E infine che le pagine in cui viene citato il counsel(l)or si presentano con una frequenza che vale forse dieci volte tanto quelle che citano lo psicoterapeuta.

Aggiungendo, a ulteriore conferma, che: la sigla BACP indica, per esteso, la *British Association for Counselling and Psychotherapy* (con due elle); la sigla ACA indica, per esteso, la *American Counseling Association* (con una elle sola); e che infine: il counselor, nella versione originale di Carl Rogers (1942, 1951), è sempre con una elle sola. Dopo di che: ognuno parlerà come crede.

### Psychotherapist?

Per procedere ulteriormente in questo nostro tentativo di approfondire l'immagine del counseling in quanto modello concettuale così come del counselor in quanto figura di studioso e/o di professionista che vi fa riferimento nel suo lavoro e nella sua ricerca, appare a questo punto indispensabile portare in primo piano un rilevante dato complementare, che al medio psicologo (o counselor o therapon o psicotecnico o studioso o utente o curioso ecc) italiano potrebbe non risultare così evidente.

Mi riferisco al fatto conclamato che una eventuale figura, simile a quella del counselor, di professionista definibile in modo esclusivo come "psicoterapeuta" rappresenta una fantasia esclusivamente itali-

ca. Detto altrimenti: in sostanza, non esiste nel resto del mondo.

Diciamo meglio: un po' in tutto il mondo occidentale, viene fatto riferimento a vari interventi d'aiuto che si rivolgono anche alla persona nella sua soggettività e che cercano di affrontare il problema della salute mentale e del benessere psicologico esistenziale. Ma pressoché in nessuna cultura (a parte quella italiana) si ritiene che tali interventi siano propri di una persona in particolare, o di una categoria professionale esclusiva.

La therapeia viene infatti considerata una modalità di approccio alle persone che può venire esercitata nell'ambito di molte professioni, da professionisti con competenze molto diverse. Mentre in genere nessuno pensa che un'attività del genere rappresenti una competenza tecnica specialistica ed esclusiva di un gruppo o di una associazione più o meno sindacalizzata.

Nel mondo si parla di counseling, di supporto psicologico, di psicoterapia, del fatto che una persona sta agendo in quel momento in attitudine terapeutica (come può farlo un amico, un counselor, un assistente, un sacerdote o quant'altri) ma non di un professionista definito specificamente in quanto psicoterapeuta. E men che meno di una categoria professionale che ne possa pretendere in un qualsiasi modo l'esclusiva.

L'attitudine terapeutica viene considerata cioè come una dimensione costitutiva di molte attitudini professionali, ma non come una specie di titolo nobiliare o di cavalierato.

Chiunque, e più particolarmente qualsiasi professionista delle professioni d'aiuto o anche sanitarie, è (psico)terapeuta mentre si prende cura (therapeia) di qualcuno. Ma la sua qualifica resta quella di una persona che ha conseguito un titolo di studio (medico, infermiere, assistente sociale ecc) oppure è iscritto ad un'associazione con un certo nome (dei riabilitatori, degli animatori, degli psicologi ecc) e talvolta si occupa anche psicologicamente di un'altra persona.

Non esiste insomma "lo/la" psicoterapeuta; benché ci siano molte figure professionali cui capita di svolgere attività (psico)terapeutiche nei confronti di altri.

Questo fatto, per cui non c'è nessuna legge che regolamenti in modo esclusivo una fantomatica "professione di psicoterapeuta" in nessun Paese di cui abbia potuto osservare con qualche attenzione la legislazione in materia di servizi alla persona, e particolarmente non negli Stati Uniti né nel Regno Unito, risulta davvero complessa da spiegare ad un medico o ad uno psicologo italiano. Poiché questi, una volta iscrittosi nell'elenco psicoterapeutico di uno degli ordini, pensa di avere acquisito per sempre una specie di diritto divino per cui nessun altro potrà esercitare questa attività (Dio me l'ha data e guai a chi me la tocca).

Non pretendo dunque qui di far capire la situazione in tutti i dettagli, ma spero di riuscire ad evocarla in modo sufficientemente chiaro.

Se si va a vedere che cosa si intende per "psicoterapeuta" nei paesi di lingua inglese, si scopre infatti che, nei termini in cui è possibile circoscrivere una mansione del genere, questa è piuttosto lontana dalla nostra possibile immagine della figura professionale specifica. Benché al momento una tipica legge italiana obbligatoriamente voglia che questi (esistente o no che sia) sia uno psicologo o un medico certificato, con un ulteriore certificato specifico (di "psicoterapeuta" appunto).

Ricordando che il termine anglo-americano di uso comune nel parlato (ma ricorrente, a fini esemplificatori, anche nella letteratura scientifica) è quello di “shrink”, cioé di “strizza(cervelli)”, dove si intende però molto più lo psichiatra che lo psicologo.

Ricordando che in genere, nel mondo, gli ordini-corporazioni professionali (tutti, in generale) non esistono; e che talvolta, come negli Stati Uniti, sono espressamente vietati per ragioni di affermazione della democrazia, di difesa della concorrenza e per la protezione dell'utente.

Ricordando infine che l'unica connotazione in cui si può ritrovare, non senza sforzo, una leggera maggiore specificità a livello internazionale dello *psychotherapist* (qualunque cosa possa indicare tale espressione) sta nel fatto che il termine anglofono tende a comparire più spesso in relazione alla malattia mentale vera e propria. Per cui lo psychotherapist, in quanto specialista di una malattia mentale conclamata, è eventualmente soprattutto un medico o uno psichiatra; mentre è poco probabile che sia uno psicologo.

### Counselor? Psychologist? Social worker? Therapist? Etc?

In sostanza: va notato che nel resto dell'Europa, e più in generale nel resto del mondo, tale fantasma (in questo caso: dello psicoterapeuta) non esiste, così come non esiste la categoria professionale degli psicoterapeuti.

Si fa certo riferimento a varie forme di therapeia a carattere psicologico, ma senza che nessuno pensi di identificare una consorteria specifica che ne abbia l'esclusiva. Insomma: nel mondo normale non fa una grande differenza se si sta parlando di counse-

lor, psicologo, assistente sociale, psichiatra, psicoterapeuta, animatore, psicoanalista o quant'altro. Mentre uelli che variano sono eventualmente i titoli di studio, le attività di ricerca, i contesti in cui questi opera, le attese dell'utente, gli obiettivi ecc e non certo le esclusive commerciali.

La varietà di circostanze cui la therapeia-counseling può essere ricondotta è davvero molto ampia, almeno nella cultura dei Paesi di lingua inglese così come nel resto dell'Unione Europea. Anche per il fatto che una definizione indicativa di counselor, psicologo, assistente sociale, medico, paramedico ecc è legata solo alle particolari definizioni di ruoli e di strutture che caratterizzano ciascuno dei diversi sistemi sanitari nazionali.

Le fonti attraverso cui si testimonia la natura generica del concetto di psicoterapia, la quale viene normalmente esercitata da una gamma molto ampia di professionisti e più in generale di persone, sono innumerevoli. Ne riporto alcuni esempi, tra mille altri possibili, giusto per rendere l'idea soprattutto al medio lettore italiano, poco avvezzo al concetto di libera professione che caratterizza invece il resto del mondo.

La maggiore sovrapposizione tra denominazioni professionali (ripeto, per l'ennesima volta: denominazioni professionali, non concessioni in esclusiva per lo sfruttamento di un'area commerciale) è sicuramente quella tra counselor e psicoterapeuta. Nelle riviste scientifiche britanniche, espressioni come "counselling and psychotherapy" oppure "counsellors and psychotherapists" oppure "counsellor or psychotherapist" vengono usate pressoché sempre come se fossero una espressione sola, benché composta di due parole.

Stante che nell'uso anglofono il counselor (e spesso lo psychotherapist) non è diverso dallo psicoterapeuta o da colui che cerca di dare consiglio o dall'orientatore (senza nessun bisogno di un Ordine degli amici e consliglieri). Per cui abbiamo espressioni che rendono bene l'idea come quella tipicamente anglosassone di "psychotherapists, counsellors and other members of the talking therapies" (Wake e Aldridge, 2005).

Per capire la natura molto ampia e libera di questa sovrapposizione di significati, merita riportare, riprendendole qua e là in qualcuno dei lavori citati in bibliografia (uno per l'altro, vista la ripetitività delle espressioni; senza nemmeno stare a citarne la fonte, che è facilmente intercambiabile) un'altra piccola gamma di riferimenti, tra i molti che ricorrono nella ricerca, utilizzati in campo scientifico e professionale.

Le espressioni che, con tante altre variazioni di questo tono, ricorrono in letteratura sono sempre (riportandole nell'orginale, per meglio coglierne le sfumature) del tipo: "counseling or psychotherapy", "psychotherapy or Prozac", "social services offered at the school, usually by a guidance counselor, psychologist, or social worker"; "If your distress continues or you have trouble managing your feelings, talk to a psychologist, social worker, or professional counselor", "speaking with a psychologist, psychiatrist, or other mental health professional", "Includes contact or visit with a mental health professional (ie, psychiatrist, psychologist, clinical social worker, or psychiatric nurse) ..."; "neurocognitive habilitation and psychotherapy services"; "a competent therapist using problem-solving techniques and standard psychotherapy and counseling methods" ecc.

Stando sempre alla banca dati specializzata della American Psychological Association (Psychinfo dataset 1806-2007, a fine novembre 2007), la parola psychotherapy è indubbiamente assai presente, come riferimento della psicologia, dato che produce 88.566 riferimenti. Indagando sulle evocazioni dei vari ruoli che abitualmente se ne occupano, con riferimento al medesimo dataset, producono le frequenze di: counselor, 18.146; psychologist, 17.628; psychiatrist, 9.726; psychotherapist, 4.891. Ponendo la *query* in coppia, si possono rilevare anche frequenze del tipo: counseling and psychotherapy, 6.849; cui va aggiunto counselling and psychotherapy, 1.008; psychotherapist and psychotherapy, 3.017; psychiatrist and psychotherapy, 1.202; psychologist and psychotherapy, 1.199; counselor and psychotherapy, 1.104.

Riporto per intero una citazione, da un lavoro che definisce con notevole precisione formale la figura dello psicologo negli Stati Uniti e che agli occhi di un Italiano appare quasi incomprensibile, visto che il rigore definitorio dell'autore porta ovviamente alla caratterizzazione di una figura che pare assolutamente indefinita, almeno per un lettore abituato agli ordini professionali:

"Psychologist: The term "psychologist" refers to an individual with a master's degree or a doctorate in the field of psychology, who is legally able to provide psychological counseling, in addition to other mental health services. This individual may or may not be licensed, according to individual state regulations. The training and specific professional standards that refer to a "psychologist" differ from individuals such as psychiatrists, mental health counselors, clinical social workers, and pastoral counselors." (Voigt, 2002). Quindi il testo, che si dichiara strettamente intitolato alla sola immagine

dello psicologo, procede avendo come soggetto di tutto il lavoro "Psychologists, counselors, and other mental health providers".

Volendo indagare l'immagine dei *mental health professionals*, che hanno anche una sigla gergale come "MHP", Murstein e Fontaine (1993) identificano, da sottoporre ad un campione di Statunitensi adulti del Connecticut, un elenco di 9 figure che possono chiaramente apparire come operatori del settore (per esercitare quella che alcuni psicologi italiani amerebbero chiamare psicoterapia): Physician, Clergyperson, Psychiatrist, Telephone counselor, Psychiatric nurse, Social Worker, Marriage Counselor, Psychologist, Psychotherapist. Li considerano come 9 profili di formazione, ma non come 9 professionisti diversi.

Per inciso, il livello di preferenza e affidabilità e competenza percepite, tra gli MPH, sulla base di un incrocio di vari indici, vede valutati in ordine decrescente di fiducia e di apprezzamento: medico, psicologo, sacerdote, psicoterapeuta, consulente matrimoniale, assistente sociale, psichiatra, infermiere psichiatrico, counselor telefonico.

Da un'indagine sistematica presso quanti si sono registrati come psicoterapeuti presso lo *United Kingdom Council for Psychotherapy*, una delle associazioni più serie tra quelle che si propongono di certificare al proprio interno determinati livelli di qualità degli operatori, risulta che quanti si propongono attualmente come psicoterapeuti nel Regno Unito si sono formati in varie attività e precisamente (considerando che qualcuno ne ha svolta più di una): insegnanti, 27%; assistenti sociali, 22%; counselor, 21%; infermieri, 13%; psicologi, 11%; altre professioni d'aiuto, 8%; medici, 8%; sacerdoti, 4% (Tantam, 2006).

Disponiamo anche di una indagine, a livello molto preliminare ma comunque interessante come testimonianza, condotta presso 43 professionisti italiani legati ad un'associazione di analisti transazionali che dichiarano di svolgere attività di counseling in Italia (Pentimalli Vergerio e De Ambrogio, 2001). Questi risultano avere conseguito, come titolo di studio, soprattutto: laurea in psicologia, 14%; diploma di educatore professionale, 12%; laurea in lettere, 10%; laurea in filosofia, 10%; diploma di assistente sociale, 10%; laurea in pedagogia, 7%; laurea in medicina, 7%; laurea in genere, 7%; maturità classica, 7%.; diploma di assistente per comunità infantili, 5%; altro, 11%. Il titolo di studio è, più in generale: laurea, 62%; diploma, 21%; maturità, 17%.

Il National Opinion Research Center degli Stati Uniti (1972-1998), ponendo dalla fine degli anni '80 in poi domande anche sui servizi per la salute mentale: volendo costruire una domanda sufficientemente comprensibile per tutti i cittadini, chiede se la persona ha "Underwent counselling for mental or emotional problems?" (codice: HLTH2; voce 1026.A.2) senza nemmeno tentare di evocare le possibili formazioni di chi eroga tale counselling (eccezionalmente: con due elle).

Newsweek (2006), per condurre una ricerca presso un campione nazionale di Statunitensi adulti, utilizza una domanda così formulata: “Have you, yourself, ever been in therapy or psychological counseling by a psychologist, social worker, marriage counselor, or other professional?”.

Riesce utile, per capire la realtà internazionale, anche l'autorevole definizione di "therapy" che è stata presentata agli intervistati prima di interrogarli nell'ambito di una delle più ampie indagini statunitensi sulle forme di intervento psicologico al pubblico, che è stata realizzata nel 2004: "When we use the word 'therapy', we mean talking to a mental-health professional - such as a psychiatrist, psychologist, social worker, or marriage and family therapist - on a regular basis about problems or things that are bothering you. This can be either alone on a one-on-one basis or in a group setting" (Psychology Today, PacifiCare Behavioral Health, 2004).

E' interessante anche la griglia di codifica, realizzata per dare una sigla statisticamente gestibile alle risposte spontanee degli intervistati in tema di salute mentale e relative professioni d'aiuto, che viene indicata nelle note metodologiche in appendice, sempre relative alla *General Social Survey* condotta a cura della Università di Chicago (National Opinion Research Center, 1972-1998).

La riporto per intero e nell'originale, che rende bene anche le sfumature di quello che la più autorevole Social Survey degli Stati Uniti prende in considerazione per riferirsi agli “psicoterapeuti” e cioé: “V. *Professional, mental health specialists*: 500. Psychiatrist; psychoanalyst; 501. Neurologist, "Nerve Doctor"; 502. Psychologist; 503. Social worker; 504. Vocational counselor; 505. Marriage counselor; 506. Counselor; NA specific kind; 507. Rehabilitation specialist. Occupational therapist; speech therapist; 508. Any "illegitimate" mental health specialist - astrologer, palmist, fortune teller, medium; 509. Other professional mental health specialists; 590. Other professional mental health specialist.”

La codifica prevede anche quelli che sono professionisti nelle professioni d'aiuto, ma non specificamente nella salute mentale: “IV. *Professional, non-mental health specialists*: 400. Clergymen; 401. Fam-

ily Physician; 402. Physician-specialist (non-mental health); 403. Doctor - Non-psychiatrist; family doctor not specified; type of doctor not specified; 404. Other medical type specialists. Chiropractor; osteopath; 405. Public health nurse; 406. Teacher or principal; 407. Visiting teacher, other teaching specialists; 408. Lawyer; 409. Policeman, court, judge; 480. Other professional non-mental health specialists; 490. Professional help, NA which kind; 499. Professional help, NA what kind."

La codifica prevede poi, con i relativi elenchi di dettaglio, anche altre tre categorie di fornitori d'aiuto più o meno psicologico, che anzi occupano i primi tre capitoli (su cinque) della codifica sulle professioni d'aiuto: I. *Family persons*; II, *Non-professional, non-family persons*; III, *Self-help groups*. La codifica si conclude con la voce VI. *Professional Agencies*, da utilizzare solo se il soggetto non ha citato proprio nessun altro tipo di professionista in carne ed ossa.

Nelle indicazioni metodologiche appena riportate, merita notare la sottigliezza, tanto pragmatica quanto epistemologicamente precisa, di collocare nella categoria dei professionisti della salute mentale (non certo in modo ironico, bensì per ottenere la massima qualità della ricerca) anche astrologi e lettori di tarocchi, ma non il medico di base. E' notevole anche il fatto di considerare sinonimi tra di loro i neurologi e i "dottori dei nervi", così come il fatto di considerare sinonimici gli psichiatri e gli psicoanalisti (come negli Stati Uniti è abbastanza ovvio). E si noti bene che, tra le decine di voci, non compare mai il nostro leggendario "psicoterapeuta", almeno come figura professionale credibilmente separata dagli altri.

Potrei procedere a lungo con questo tipo di esempi, ma finiremmo col fare il censimento degli articoli e dei documenti che sono stati pubblicati nel campo della salute mentale o delle professioni di aiuto o della formazione o di una serie di altri settori disciplinari e amministrativi affini. Praticamente in nessuno di questi, se prodotti in un contesto internazionale, compare mai una figura professionale separata (e, meno che mai: esclusiva) di "psicoterapeuta".

Comunque, tanto per concludere provvisoriamente: è un fatto che anche nelle rilevazioni di Eurobarometro, cioè della struttura di ricerca ufficiale per rilevare le opinioni nell'Unione Europea, una categoria professionale separata di "psicoterapeuta", tra i molti fornitori di servizi alla salute in genere e al benessere mentale in particolare, proprio non c'è (si veda ad esempio: Eurobarometro, 2006).

Infine, per non riportare che un ultimo esempio tra i mille: per quanto riguarda la generalità degli stati ansiosi (tutte quelle condizioni psicologiche che la deformazione medicalista di alcuni psicologi italiani vorrebbe definire come nevrosi), l'Organizzazione Mondiale della Sanità prescrive, come modalità elettiva di intervento, proprio il counseling psicologico, che chiama più propriamente "supportive therapy (counselling)", mentre non fa alcun riferimento ad uno psicoterapeuta (oltre a non citare nessuna fantomatica psicoterapia) nel suo fondamentale documento relativo alle linee programmatiche di intervento nella cura dei problemi mentali (Who, World Health Organization, 1998).

### Associazioni di counselor

Il counseling è per definizione un'attività non regolamentata, almeno nei termini di una qualche esclusiva professionale. Non mi risulta vi siano leggi statali sul counseling in nessuna parte del mondo. Più o meno ovunque, e quindi anche in Italia: chiunque può prendere un cartello e attaccarlo fuori della porta con scritto sopra "counselor".

Questo fatto, del tutto ovvio per chi abbia qualche minima cognizione giuridica, potrà apparire invece strano a molti cittadini, assuefatti come sono alla tradizione corporativa della nostra terra e al connesso ossequio servile nei confronti di qualsiasi privilegio (anche quando questo non esiste oppure è solo millantato).

La burocratizzazione delle attività intellettuali è un pregiudizio talmente radicato, in Italia, che mi è capitato di raccogliere personalmente testimonianze di persone, anche di psicologi iscritti all'Ordine professionale, convinte di non potersi definire "counselor" se non pagavano una retta a una qualche associazione di counselor. Mentre, per inciso, qualcuno mi ha anche chiesto se poteva definirsi formalmente "coach", pur non avendo conseguito un titolo specifico (benché non avesse idea di quale avrebbe potuto essere tale titolo). Merita dunque sottolineare una volta di più a chiare lettere, per i pavidi cittadini italiani, che le cose non stanno proprio, in nessun modo, così.

Nella generalità dei Paesi del mondo dove il counseling è presente in misura visibile, e quindi in primo luogo negli Stati Uniti come nel Regno Unito, ci sono numerose e diversificate associazioni di counselor, in collaborazione e concorrenza tra loro. In generale, tali associazioni di counselor, in modo assai simile alle molte e concorrenti associazioni di psicologi, di assistenti sociali, di medici, di infermieri, di sacerdoti, di pedagogisti ecc appartengono alla

categoria associativa che in gergo di definisce "umbrella organization": federazioni di associazioni molto diverse tra loro, ma che si rafforzano reciprocamente attraverso la loro unione.

Una delle associazioni più significative negli Stati Uniti è la *ACA American Counseling Association*, fondata nel 1952 a Los Angeles, con attualmente circa quarantacinquemila iscritti.

E' una specie di federazione composta di 19 divisioni specialistiche: Association for Assessment in Counseling and Education (AACE); Association for Adult Development and Aging (AADA); Association for Creativity in Counseling (ACC); American College Counseling Association (ACCA); Association for Counselors and Educators in Government (ACEG); Association for Counselor Education and Supervision (ACES); Association for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Issues in Counseling (ALGBTIC); Association for Multicultural Counseling and Development (AMCD); American Mental Health Counselors Association (AMHCA); American Rehabilitation Counseling Association (ARCA); American School Counselor Association (ASCA); Association for Spiritual, Ethical, and Religious Values in Counseling (ASERVIC); Association for Specialists in Group Work (ASGW; Counseling Association for Humanistic Education and Development (C-AHEAD); Counselors for Social Justice (CSJ); International Association of Addictions and Offender Counselors (IAAOC); International Association of Marriage and Family Counselors (IAMFC); National Career Development Association (NCDA); National Employment Counseling Association (NECA).

Una delle associazioni più significative nel Regno Unito è la *BACP British Association for Counselling and Psychotherapy*, che attualmente accredita quasi trentamila iscritti. La BACP nasce nel 1970 a Londra come *Standing Conference for the Advancement of Counselling*; nel 1977 diventa *British Association for Counselling*; mentre solo nel 2000 le viene aggiunto il riferimento alla psicoterapia.

Anche la BACP, coma la ACA, ha la forma di una specie di federazione composta di 6 divisioni specialistiche: Faculty of Healthcare Counsellors and Psychotherapists (FHCP); Association for Counselling at Work (ACW); Association for Independent Practitioners (AIP); Association for University and College Counselling (AUCC); Association for Pastoral and Spiritual Care and Counselling (APSCC); Counselling Children and Young People (CCYP). Non viene fatta nessuna distinzione professionale tra le due dizioni dell'intervento, per cui ci si riferisce agli iscritti generalmente con il termine di "counsellor/psychotherapist" (con il counselor che precede sempre lo psychotherapist).

Attualmente in Italia non esiste ovviamente nessun Albo Professionale del Counseling o dei Counselor, né un Ordine o Collegio professionale dei counselor e nemmeno una qualche umbrella organization che li rappresenti.

Il termine "counselor" non viene normato in alcun modo specifico dalla nostra legge. Il che lascia pensare che la qualifica di "counselor", ammesso che sia una qualifica, non può essere riservata a nessuno in particolare (almeno nel nostro ordinamento).

Per cui c'è un ampio accordo giuridico sul fatto che in Italia, non essendo regolata da nessuna legge specifica (fatto salvo, naturalmente il rispetto della legge in generale), il counseling può giustamente venire esercitato liberamente da chiunque, pur nel rispetto delle molte regole che normano l'esercizio di qualsiasi professione (Vitelli et Al, 1998).

Anche nel nostro Paese esiste una pluralità di associazioni private, a carattere appunto associativo o sindacale o culturale, che, con varie denominazioni, raccolgono persone interessate alla materia da vari punti di vista. Nel complesso, si tratta di associazioni piuttosto eterogenee e di dimensioni ridotte, senza che ve ne sia qualcuna che primeggia in un qualche senso sulle altre.

Alcuni anni fa il CNEL (Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro) che è un organo ausiliario dello Stato, si è proposto di tentare un censimento conoscitivo delle associazioni che raccolgono persone nel nome di termini professionali attualmente liberi (come: fotografo, pedagogista clinico, addetto al recupero crediti ecc). Ne ha raccolte a centinaia. Alla voce "Cura psichica" ha ricevuto, in un breve lasso di tempo, complessivamente 11 segnalazioni; per poi fermarsi e soprassedere a tale registrazione, che si andava facendo decisamente numerosa.

Le associazione che si sono segnalate nel primo giro sono: AICCeF (Associazione Italiana Consulenti Coniugali e Familiari); AICO (Associazione Italiana di Consuelling); AIMS (Associazione Internazionale Mediatori Sistemici); AIP (Associazione Italiana Psicofilosofi); ANCORE (Associazione Nazionale Counselor Relazionali); FAIP (Federazione delle Associazioni Italiane di Psicoterapia); IRFEAPNL (Istituto di Ricerca e Formazione Europeo Analogica e Programmazione Neurolinguistica); SIAF (Società Italiana Armonizzatori Familiari); SICO (Societa' Italiana di Consuelling); SICOOL (Società Italiana Consuelor e Operatori Olistici); RAU (Reiki Amore Universale).

Il numero effettivo di associazioni che fanno riferimento anche al counseling in Italia è però verosimilmente di molto superiore a questo elenco (di fatto: poco più che casuale). Basti pensare che al Cnel non si sono segnalate importanti sigle che si propongono come riferite al counseling con un notevole rilievo nella cultura italiana, come l'Istituto Nazionale per il Counseling o la Società Italiana di Counseling Filosofico.

## Letteratura scientifica di counseling

Ritorniamo al quadro internazionale, come è necessario fare per cercare di liberarsi dall'asfittica prospettiva italo-centrica e per rendersi conto ancora una volta della quantità e della ricchezza delle fonti disponibili; benché con riferimento alla dimensione scientifico-professionale, invece che a quella tentativamente corporativa, del counseling.

Potrà a questo punto risultare utile, per capire la rilevanza del counseling nella cultura internazionale, presentare un elenco dei principali giornali a carattere seriamente scientifico-professionale che vengono pubblicati in lingua anglo-americana e che si dichiarano dedicati esclusivamente o prevalentemente al counseling (che abbiano o meno la parola counseling nel titolo).

Tale elenco di periodici scientifici, pure inevitabilmente incompleto, arriva alla notevole cifra di una cinquantina circa. Il che testimonia in termini piuttosto chiari di quanto il tema del prendersi cura delle persone possa risultare interessante, coinvolgente e stimolante per una grande quantità di operatori e di studiosi.

Si tratta, tra le altre, delle pubblicazioni: American Journal of Pastoral Counseling; Asian Journal of Counseling; British Journal of Guidance and Counseling; Canadian Journal of Counseling; Career Development Quarterly; Christian Counseling Today; Consulting Psychology Journal; Counseling; Counseling and Clinical Psychology Journal; Counseling and Spirituality; Counseling and Values; Counseling Journal of Adolescence; Counseling Psychologist; Counselling; Counselling and Psychotherapy Research; Counselling Psychology Quarterly; Counselling Psychology Review; Counselor Education and Supervision; European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health; Family Journal, Counseling and Therapy for Couples and Families; Healthcare Counselling and Psychotherapy; International Journal for the Advancement of Counseling; Journal of Addictions and Offender Counseling; Journal of Biblical Counseling; Journal of College Counseling; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Journal of Counseling and Development; Journal of Counseling Psychology; Journal of Counselor Education and Supervision; Journal of Employment Counseling; Journal of Humanistic Counseling Education and Development; Journal of Mental Health Counseling; Journal of Multicultural Counseling and Development; Journal of Pastoral Care and Counseling; Journal of Pastoral Counseling; Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, Research; Journal of Technology in Counseling; Measurement and Evaluation in Counseling and Development; Personnel and Guidance Journal; Philosophical Counselling; Professional School Counseling; Psychodynamic Counselling; Rehabilitation Counseling Bulletin; Therapy Today;Vocational Psychology News.

Sempre per rendere l'idea dello scenario internazionale (ancorché solo in accenno, come è inevitabile in questa occasione introduttiva) possiamo notare ancora che pure la *Annual Review of Psychology* affronta continuamente il tema del counseling, sin dal suo primo numero uscito nel 1950.

Merita anzi ricordare i titoli dei 17 capitoli in cui si ripartisce proprio il primo numero, che coincide con il primo volume della rivista stessa. Questi titoli suonano infatti come una via di mezzo tra un consuntivo, un manifesto e un programma di lavoro di tutta la psicologia post-bellica, almeno negli Stati Uniti.

I capitoli del primo numero della Annual Review of Psychology sono intitolati, in ordine di entrata, a: Growth, development and decline; Learning; Vision; Hearing; Somesthesis and the chemical senses; Individual differences; Personality; Social psychology and the group processes; Industrial psychology; Animal and physiological psychology; Abnormalities of behavior; Clinical methods: Psychodiagnostics; Educational psychology; Counseling methods: diagnostics; Counseling methods: therapy; Statistical theory and research design; Problem solving and symbolic processes. E si noti che il counseling (senza aggettivazioni) è l'unico ad avere l'onore di ben due capitoli, oltre ad essere l'unico per il quale viene utilizzata la parola terapia in ambito psicologico.

Ci saranno altre due rassegne, con i medesimi titoli ma con autori diversi, anche nel secondo volume del 1951. Nel terzo volume e nel quarto, il counseling resiste imperterrito come colonna portante della psicologia, ma con un singolo capitolo che toglie il riferimento ai metodi e mette assieme terapia e diagnosi. Nel quinto volume ci si occupa solo dei metodi. Anche in ciascuno dei sei volumi successivi il counseling permane con un suo capito-

lo, passando però al semplice termine di counseling, senza altre specificazioni nel titolo.

E' interessante anche vedere il susseguirsi dei titoli di tali numerose rassegne esplicitamente intitolate a questo tema, il quale varia diventando di volta in volta (riportandolo in esteso, per evocare le sottili sfumature attorno a cui viene fatto ruotare il tema): Counseling methods: Diagnostics (Berdie, 1950); Counseling methods: Therapy (Bordin, 1950); Counseling methods: Diagnostics (Stuit, 1951); Counseling methods: Therapy (Pepinsky, 1951); Counseling: Therapy and diagnosis (Gilbert, 1952; Williamson, 1953); Counseling (Hobbs e Seeman, 1955; Shoben, 1956; Shaw, 1957; Tyler, 1958; Berdie, 1959; Patterson, 1966); Student development and counseling (Segal, 1968; Layton, Sandeen e Baker, 1971; Pepinsky e Meara, 1973); Counseling and student development (Whiteley et Al, 1975); Career development: exploration and planning (Krumboltz, Becker-Haven e Burnett, 1979); Counseling psychology: Career interventions, research, and theory (Holland, Magoon e Spokane, 1981); Counseling psychology (Borgen, 1984); Counseling psychology: Theory, research, and practice in career counseling (Osipow, 1987); Counseling psychology: Theory and research on interventions (Gelso e Fassinger, 1990); Individuality and diversity: Theory and research in counseling psychology (Betz Fitzgerald, 1993); Work and vocational psychology: Theory, research, and applications (Fouad, 2007).

A questi contributi vanno altresì aggiunte le molte rassegne che parlano di counseling come di uno tra gli aspetti connessi con altri temi, pur senza che questo diventi il protagonista assoluto della specifica rassegna.

Dallo studio di questo insieme di rassegne (anche tenendo conto, pur con delle integrazioni, dell'analisi di Zytowski e Rosen, 1982) risulta piuttosto evidente che: il counseling rappresenta da molto tempo un aspetto centrale della psicologia; ha avuto una lenta evoluzione attraverso cui è passato da una dimensione prevalentemente di consulenza per l'orientamento (formativo-esistenziale) ad una dimensione decisamente terapeutica, oscillando però in diverse direzioni; è stato uno degli aspetti più rilevanti della psicologia applicata negli Stati Uniti almeno per tutti gli anni '50, per poi perdere apparentemente di visibilità, ma solo per il fatto di confondersi definitivamente con la terapia in genere (le cui rassegne, che parlano indifferentemente di counselor, di psicologo clinico o di assistente sociale ecc, non citiamo perché appunto vengono intitolate al costrutto dell'intervento clinico); è stato, in modo abbastanza evidente, il viatico attraverso cui si è aperta la strada ad un concetto professionale come quello della terapia psicologica attuata da psicologi (in un contesto internazionale dove la salute mentale, fino alla seconda guerra mondiale, è sempre stata concepita come una faccenda solo per medici, fossero essi più o meno psichiatrici o psicoanalitici, ma pur sempre medici).

Detto altrimenti: nello scenario statunitense, così come in quello internazionale in genere, è stato soprattutto il counseling che ha fatto nascere e crescere la therapeia (più o meno psicologica) come attività concreta degli psicologi al posto degli psichiatri. O, per dirla ancora più chiaramente (ma rimando ad altra occasione per una descrizione puntuale del tema): è la terapia psicologica (in quanto separata da quella medico-psichiatrica-psicoanalitica) ad essere derivata dal counseling e non certo il contrario.

A conclusione di questo paragrafo, giusto per evocare meglio qualcuno dei motivi per cui è accaduto che una prospettiva culturalmente, professionalmente e scientificamente così ampia come quella internazionale del counseling si possa essere ridotta in Italia ad uno scontro tra piccoli sindacati autonomi, pongo un compito al lettore: quello di trovare un ampio e documentato capitolo sul counseling in un testo italiano di psicologia, di un autore psicologico italiano, specie se precedente gli anni '2000.

## Qualche dato sull'immagine internazionale

Da una vecchia ma interessante indagine presso un campione statunitense di professori di psicologia risulta che esiste un possibile profilo delle caratteristiche proprie al counselor, almeno secondo gli psicologi accademici (Brigante, Haefner e Woodson, 1962).

Questi ritengono che lo psicologo counselor: lavora con persone definibili come mediamente normali; lavora in primo luogo con persone che hanno problemi educativi e di orientamento; usa test carta-e-matita; usa test di interesse e di atteggiamento; crede nello sforzo di andare alla ricerca di un contesto compatibile con la struttura della personalità individuale della persona, invece che nel tentativo di alterare la sua struttura di personalità (con interventi psicoterapeutici, di modificazione del pensiero o del comportamento); ha un orientamento rogersiano; si occupa di selezione del personale e di questioni legate al contesto di lavoro; fornisce informazioni educative ed occupazionali; è caratterizzato da un atteggiamento molto pratico; è esperto nell'uso di strumenti obiettivi; è chiaro nelle informazioni che fornisce.

Gli stessi professori ritengono, per contrasto, che sia più caratteristica dello psicologo clinico la tendenza a: lavorare con persone che hanno problemi emotivi gravi; usare test proiettivi di personalità ed esserne esperto; avere un orientamento freudiano oppure neo-freudiano; concentrarsi sul passato del paziente; lavorare scavando nelle maggiori aree conflittuali della persona; interpretare le motivazioni del paziente in vece sua; vivere un atteggiamento invidioso e competitivo nei confronti degli psichiatri, che rappresentano per lui un modello di ruolo più ideale del proprio (ancora: Brigante, Haefner e Wodson, 1962).

Da un'analisi del contenuto sui 10 manuali universitari introduttivi alla psicologia più venduti negli Stati Uniti, risulta che la *counseling psychology*: viene sempre presentata in tutti i manuali e con una certa attenzione, ma in misura un po' minore rispetto alla psicologia industriale, alla psicologia organizzativa e alla psicologia clinica; mentre gli viene dedicato uno spazio più ampio che alla psicologia scolastica e al counseling senza la specificazione psicologica (Dixon, Vrchopoulos, e Burton, 1997).

Generalmente, la counseling psychology viene presentata da questi manuali in termini che non prevedono alcuna distinzione rispetto alla psicologia clinica. Le poche volte che viene sviluppata una qualche differenziazione rispetto alla clinical psychology, si fa riferimento ad una maggiore specializzaione della counseling psychology per i temi della vita quotidiana, della carriera, della formazione e per i problemi emotivo-esistenziali anche rilevanti ma non gravissimi; mentre si propone il counseling come meno adatto al lavoro con pazienti gravemente disturbati, che vengono indirizzati invece ai veri e propri clinici e soprattutto agli psichiatri.

Secondo una ricerca degli albori, presso studenti negli Stati Uniti, questi, in un confronto tra le immagini di alcune professioni d'aiuto, percepiscono lo psichiatra come più freddo, intellettualistico, analitico e critico; mentre percepiscono il counselor come più caldo, amichevole, piacevole e come persona con cui parlare più volentieri, benché non come un professionista molto brillante né molto comprensibile (Strong, Hendel e Bratton, 1971). In genere gli studenti considerano il counselor come una risorsa cui rivolgersi per aiuto soprattutto con riferimento a questioni di orientamento negli studi e di apprendimento, oppure per questioni esistenziali relativamente generiche, mentre considerano più adatto lo psichiatra per eventuali problemi personali gravi.

Conducendo un'analisi fattoriale su ciò che si attende un campione di studenti statunitensi dal counselor, Tinsley, Workman e Kass (1980) rilevano la presenza di 4 fattori principali di valutazione: 1. Coinvolgimento personale (Personal Commitment); 2. Condizioni di sostegno (Facilitative Conditions); 3. Competenza professionale (Counselor Expertise); 4. Nutritività (Nurturance). Il fattore del Coinvolgimento personale definisce il counselor come: responsabile, aperto, motivato, concreto, immediato, esperto, piacevole. Il fattore delle Condizioni di sostegno lo vede come: genuino, rassicurante, accettante, tollerante. Il fattore della Competenza professionale lo indica come: direttivo, esperto, empatico, capace di decidere e di consigliare. Il fattore della Nutritività lo classifica come: accettante, aperto, nutriente, avvincente.

L'area che viene generalmente considerata come più caratteristica ed appropriata per l'intervento del counselor, il quale si ritiene ne detenga anche la massima competenza rispetto ad altri operatori delle professioni di aiuto, secondo campioni di persone che a vario titolo operano all'interno dell'università (studenti, professori, altri professionisti della formazione ecc) è comunque, da molto tempo, soprattutto lo "adjustment to self and others" (Resnick e Gelso, 1971).

Secondo una indagine presso un ampio campione di counselor statunitensi ci sarebbe anche stato, nel tempo, un progressivo cambiamento della domanda di counseling da parte dei clienti, che si è spostata da temi informativi ed educativi a temi emotivi e relazionali anche molto seri (Robbins, May e Corazzini, 1985). Sono cambiati i clienti stessi: partendo dagli studenti universitari in cerca di orientamento che prevalevano negli anni '50, poi agli studenti con problemi psicologici e infine decisamente ad ogni tipo di adulto, dalle attività e dai profili socio-demografici più vari, senza che questi faccia quasi mai riferimento a problemi di orientamento professionale o legati agli studi.

Da un'indagine condotta presso un campione di clinical psychologists del NHS o Sistema Sanitario Nazionale britannico, relativamente alla loro percezione dei colleghi che operano come counseling psychologist, risulta che l'identità del counselor appare agli stretti colleghi come confusa e sostanzialmente imprecisa, anche solo per quel che riguarda il loro curriculum e le loro attività professionali effettive (Lewis e Bor, 1998).

Comunque, secondo i colleghi psicologi, i counselor psicologi utilizzano principalmente l'approccio: umanistico, 57%; uno per l'altro, fra i tanti disponibili (psicodinamico, cognitivista ecc), 8%; non sa dire, 25%. Tra le situazioni per cui il counselor appare meglio qualificato vengono indicate, rispon-

dendo ad un elenco predefinito: problemi coniugali, 83%; problemi di lutto ed abbandono, 81%; stati di ansia o di panico, 70%; depressione, 70%; problemi legati all'aids, 58%; disabilità e malattie croniche, 53%; fobie, 49%; problemi psicosomatici, 48%; problemi legati all'alcool e alle droghe, 45%; disfunzioni sessuali, 44%; disordini alimentari, 38%; disordini ossessivo compulsivi, 28%; altro, 14%; psicosi, 6%; tutte le situazioni dell'elenco, 6%; non sa dire, 16%. Detto altrimenti: qualsiasi problema che uno "psicoterapeuta" italiano indicherebbe come proprio.

Nel valutare tali dati, di cui ho presentato qui solo un piccolo assaggio rispetto ai molti altri disponibili, occorre peraltro ricordare che è sempre molto difficile riuscire a separare la ricerca sulla immagine del counselor da quella relativa all'immagine di qualsiasi altro professionista della salute mentale o delle professioni d'aiuto.

In un mondo dove tutte le culture (tranne quella italiana formale) non distinguono in modo chiaro tra i diversi professionisti, è evidente che la ricerca sulla immagine del counselor nel mondo coincide largamente con la ricerca su quello che nel mondo si intende come counselor; sia questi riabilitatore, medico, sacerdote, psicologo, fisioterapista, assistente sociale, insegnante o quant'altro.

Da cui si deduce che è l'insieme delle attività legate alle professioni d'aiuto a venire sussunta nel concetto di counseling, invece che indicare il counseling come una specie di materia specifica di una specifica professione.

In altre parole: qualsiasi ricerca sullo psicologo o medico o assistente sociale o sacerdote o infermiere o quant'altro, quando questo viene considerato nel suo tentativo di prendersi cura della persona, è ovviamente anche una ricerca sul counselor.

Comunque, in una indagine Delphi sul futuro del counseling presso significativi esponenti ufficiali della formazione al counseling negli Stati Uniti, i testimoni privilegiati contattati hanno focalizzato l'attenzione su quattro temi principali: le tendenze generali della psicoterapia; la definizione di un nucleo identitario per i counselor psicologi; la natura delle ricerche che il counselor svolge e dei suoi riferimenti scientifici; i modi del training professionale (Neimeyer e Norcross, 1997; Neimeyer e Diamond, 2001). Vengono confermati, anche per il futuro, gli stessi temi principali di sempre per l'intervento del counselor: orientamento; ricerca; counseling-terapia individuale; counseling-terapia di gruppo; counseling-terapia familiare; counseling nelle organizzazioni.

Vengono segnalate anche talune aree che sembrano prospettarsi come principali questioni emergenti per il futuro, accanto a quelle ormai classiche. Queste riguardano, nell'ordine: il coinvolgimento nei temi della diversità, intesa come modo per affrontare la globalizzazione e l'interculturalità; lo sviluppo della persona nell'arco della vita, con particolare riferimento alle questioni legate all'aumento temporale dell'esistenza.

A qualche distanza seguono: la prevenzione della malattia mentale e la promozione della salute; il problema della supervisione dei counselor; il tema di un paradigma teorico e formativo che si proponga necessariamente di integrare la dimensione professionale con quella scientifica; la volontà di promuovere anche la ricerca quantitativa, oltre che la ricerca qualitativa, nell'ambito del counseling.

## Conclusioni

Si potrebbe procedere a lungo nello sforzo di delineare l'immagine internazionale del counseling e del counselor. La letteratura scientifica in materia offre infatti molto materiale, che ne presenta il quadro da diversi e interessanti punti di vista. Il mio intento in questa occasione era però semplicemente quello di fornire alcuni primi elementi di aggiornamento, particolarmente necessari per la cultura italiana. Questa, essendo rimasta a lungo tagliata fuori dallo sviluppo internazionale delle discipline legate al counseling, si trova infatti ad essere relativamente all'oscuro riguardo a molti aspetti che caratterizzano questo particolare approccio della consulenza alla persona.

Mi riservo dunque di tornare sull'argomento e di fornire ulteriori punti di riferimento oggettivi per la riflessione di tutti, anche per affrontare questioni più specificamente scientifiche, teoriche, tecniche, storiche e professionali.

Mentre spero di avere reso almeno una prima idea di quanto la materia del counseling sia interessante, di quanto respiro abbia sullo scenario internazionale dei servizi alla persona e di quanto futuro, una volta sgombrato il campo dalle questioni di invidia corporativa, possa avere anche in Italia.

## Riferimenti bibliografici

Arulmani, G. (2007). Counselling psychology in India: At the confluence of two traditions. *Applied Psychology: An International Review*, 56(1), 69–82.

Barak, A., Golan, G. (2000). Counseling psychology in Israel: Successful accomplishments of a nonexistent specialty. *Counseling Psychologist*, 28(1), 100-116.

Barale F., Bertani M., Gallese V., Mistura S., Zamperini

A. (2006) a cura. *Psiche: Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze.* Torino: Einaudi.

Berdie, R.F. (1950). Counseling methods: Diagnostics. *Annual Review of Psychology*, 1, 255-266.

Berdie, R.F. (1959). Counseling. *Annual Review of Psychology*, 10, 345-370.

Berdie, R.F. (1959). Counseling. *Annual Review of Psychology*, 10, 345-370.

Bernaud, J.L., Cohen-Scali, V., Guichard, J. (2007). Counseling psychology in France: A paradoxical situation. *Applied Psychology: An International Review*, 56(1), 131–151.

Betz, N.E., Fitzgerald, L.F. (1993). Individuality and diversity: Theory and research in counseling psychology. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 343-381.

Bordin, E.S. (1950). Counseling methods: Therapy. *Annual Review of Psychology*, 1, 267-276.

Borgen, F.H. (1984). Counseling psychology. *Annual Review of Psychology*, 35, 579-604.

Brigante, T.R.; Haefner, D.P.; Woodson, W.B. (1962). Clinical and counseling psychologists' perceptions of their specialties. *Journal of Counseling Psychology*, 9(3), 225-231.

Brinson, J.A., Al-amri, F.S.S. (2005). Students' perceptions of mental health counseling in the United Arab Emirates (UAE). *International Journal for the Advancement of Counselling*, 27(4), 495-512.

Dalla Volta A. (1974). *Dizionario di psicologia. 3a edizione*. Firenze: Giunti.

Dixon, D.N., Vrchopoulos, S., Burton, J. (1997). Public image of counseling psychology: What introductory textbooks say, *The Counseling Psychologist*, 25(4), 674-682.

Fouad, N.A. (2007). Work and vocational psychology: Theory, research, and applications. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 543-564.

Gelso, C.J., Fassinger, R.E. (1990). Counseling psychology: Theory and research on interventions. *Annual Review of Psychology*, 41(1), 355-386.

Gerbino, V. (2007). Editoriale. *Giornale Italiano di Psciologia*, 34(1), 5-8.

Gilbert, W.M. (1952). Counseling: Therapy and diagnosis. *Annual Review of Psychology*, 3, 351-380.

Harré, R., Lamb, R., Mecacci, L. (1983-1986) a cura. *Psicologia: Dizionario enciclopedico*. Roma-Bari: Laterza.

Hobbs, N., Seeman, J. (1955). Counseling. *Annual Review of Psychology*, 6, 379-404.

Holland, J.L., Magoon, T.M., Spokane, A.R. (1981). Counseling psychology: Career interventions, research, and theory. *Annual Review of Psychology*, 32, 279-305.

Krumboltz, J.D., Becker-Haven, J.F., Burnett, K.F. (1979). Counseling psychology. *Annual Review of Psychology*, 30, 355–402.

Layton, W.L., Sandeen, C.A., Baker, R.D. (1971). Student development and counseling. *Annual Review of Psychology*, 22, 533-564.

Leung, S.A. (1999). The development of counselling in Hong Kong: Searching for professional identity. *Asian Journal of Counselling*, 6(2), 77-95.

Lewis, S., Bor, R. (1998). How counselling psychologists are perceived by NHS clinical psychologists. *Counselling Psychology Quarterly*, 11(4), 427-437.

Mpofu, E. (2000). Rehabilitation counseling: Issues in professionalization and identity. *Rehabilitation Education*, 14(2), 199-205.

Murstein, B.I., Fontaine, P.A. (1993). The public's knowledge about psychologists and other mental health professionals. *American Psychologist*, 48(7), 839-845.

National Opinion Research Center (1972-1998). *General Social Survey*. Chicago IL: University of Chicago NORC (webapp.icpsr.umich.edu/GSS/).

Neimeyer, G.J., Diamond, A.K. (2001). The anticipated future of counselling psychology in the United States: A Delphi poll. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(1), 49–65.

Neimeyer, G.J., Norcross, J.C. (1997). The future of psychotherapy and counseling psychology in the USA: Delphi data and beyond. In: Palmer, S., Varma, V., editors. *The future of counselling and psychotherapy*, Thousand Oaks: Sage, 65-81.

Nelson, M.L., Englar-Carlson, M., Tierney, S.C., Hau, J.M. (2006). Class jumping into academia: Multiple identities for counseling academics. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 1–14.

Newsweek (2006). *Newsweek Poll (March)*. Princeton NJ, Princeton Survey Research Associates International.

Osipow, S.H. (1987). Counseling psychology: Theory, research, and practice in career counseling. *Annual Review of Psychology*, 38, 257-278.

Patterson, C.H. (1966). Counseling. *Annual Review of Psychology*, 17, 79-110.

Pentimalli Vergerio, L., De Ambrogio, U. (2001). Protagonisti, luoghi e modi del counseling. *Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane*, n.32-33.

Pepinsky, H.B. (1951). Counseling methods: Therapy. *Annual Review of Psychology*, 2, 317-334.

Pepinsky, H.B., Meara, N.M. (1973). Student development and counseling. *Annual Review of Psychology*, 24, 117-150.

Perussia, F. (1994). *Psicologo: Storia e attualità di una professione scientifica*. Torino: Bollati Boringhieri.

Perussia, F. (1999). *Cent'anni dopo: A che cosa serve la psicologia?* Milano: Guerini e Associati

Perussia, F., Viano, R. (2006). Psicologi: Tra professione, scienza e pratica quotidiana. In: Moderato, P., Rovetto, F., a cura, *Psicologo: Verso la professione; Terza Edizione*. Milano: McGraw Hill Italia, 3-33.

Pistole, M.C.; Roberts, A. (2002). Mental health counseling: Toward resolving identity confusions. *Journal of Mental Health Counseling*. 24(1), 1-19.

Pryor, R.G.L., Bright, J.E.H. (2007). The current state

and future direction of counseling psychology in Australia. *Applied Psychology: An International Review*, 56(1), 7–19.

Psychology Today, PacifiCare Behavioral Health (2004). *Therapy in America survey*. Washington DC, Harris Interactive.

Pugh, D., Coyle, A. (2000). The construction of counselling psychology in Britain: A discourse analysis of counselling psychology texts. *Counselling Psychology Quarterly*, 13(1), 85-98.

Qin, A.; Xiao-Ming, J. (2006). The professional identity of college counselor. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 14(2), 203-206.

Resnick, H., Gelso, C J. (1971). Differential perceptions of counseling role: A reexamination. *Journal of Counseling Psychology*, 18, 549-553.

Robbins, S.B., May, T.M., Corazzini, J.G. (1985). Perceptions of client needs and counseling center staff roles and functions. *Journal of Counseling Psychology*, 32(4), 641-644.

Rogers, C. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin [*Psicoterapia di consultazione*. Roma: Astrolabio Ubaldini, 1971].

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rovatti, P.A. (2006). *La filosofia può curare? La consulenza filosofica in questione*. Milano: Cortina.

Segal, S.J. (1968). Student development and couseling. *Annual Review of Psychology*, 19, 497-508.

Shaw, F. (1957). Counseling. *Annual Review of Psychology*, 8, 357-376.

Shoben, E.J.Jr (1956). Counseling. *Annual Review of Psychology*, 7, 147-170.

Stalikas, A. (2003). A historical approach to the identity development of counselling psychology. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*. 10(2-3), 279-294.

Stanley, P.; Manthei, R. (2004). Counselling psychology in New Zealand: The quest for identity and recognition. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(3), 301-315.

Strong, S.R., Hendel, D.D., Bratton, J.C. (1971). College students' views of campus help-givers: Counselors, advisers, and psychiatrists, *Journal of Counseling Psychology*, 18(2), 234-238.

Stuit, D.B. (1951). Counseling methods: Diagnostics. *Annual Review of Psychology*, 2, 305-316.

Tantam, D. (2006). Psychotherapy in the UK: Results of a survey of registrants of the United Kingdom Council for Psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 8(3), 321–342.

Tinsley, H.E.A., Workman, K.R., Kass, R.A. (1980). Factor analysis of the domain of client expectancies about counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 27(6), 561-570.

Tyler, L.E. (1958). Counseling. *Annual Review of Psychology*, 9, 375-390.

Vitelli, R., Galiani, R., Amodeo, A.L., Adamo, S.M.G., Valerio, P. (1998). Psychotherapy and counselling in Italy: A situation still in the phase of definition. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, !(3), 459-474.

Voigt, L.A. (2002). An exploration of psychologists' public image: Factors influencing students' perceptions of psychologists, Menonomonie WI, The Graduate College University of Wisconsin-Stout.

Vontress, C.E., Naiker, K.S. (1995). Counseling in South Africa: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 23(3), 149-157.

Wake, L., Aldridge, S. (2005). Open letter to professional organisations within counselling and psychotherapy. *CPJ: Counselling and Psychotherapy* Journal, 16(3), 24.

Watson, M.B., Fouche, P. (2007). Transforming a past into a future: Counseling psychology in South Africa. *Applied Psychology: An International Review*, 56(1), 152–164.

Wellner, A.M. (1968). Survey of psychology services in state mental hospitals. *American Psychologist*, 23(5), 377-380.

Whiteley, J.M., Burkhart, M.Q., Harway-Herman, M., Whiteley, R.M. (1975). Counseling and student development. *Annual Review of Psychology*, 26, 337-366.

WHO World Health Organization (1998). *Mental disorders in primary care*. Geneva CH: World Health Organization.

Williams, E.N., Soeprapto, E., Like, K., Touradji, E., Hess, S., Hill, C.E. (1998). Perceptions of serendipity: Career paths of prominent academic women in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 379–389.

Williamson, E.G. (1953). Counseling: Therapy and diagnosis. *Annual Review of Psychology*, 4, 343-359.

Young, R.A., Nicol, J.J. (2007). Counselling psychology in Canada: Advancing psychology for all. *Applied Psychology: An International Review*, 56(1), 20–32.

Zytowski, D.G., Rosen, D.A. (1982). The grand tour: 30 years of counseling psychology in the Annual Review of Psychology. *Counseling Psychologist*, 10(1), 69-81.

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

(SEZIONE MONOGRAFICA:
L'immagine del counselor)

# L'immagine del counselor secondo gli operatori

Renata VIANO, Roberta BOVERI, Cristina CIVILOTTI
Università di Torino

ABSTRACT - *The image of counselor according to mental health professionals* - We conducted a pilot qualitative research with a sample of 24 Italian professionals of psychology, psychotherapy and counseling. The 24 in depth interviews have been transcribed and submitted to content analysis. Data collected show that the counselor is generally perceived as a professional present in Italy, but with a very uncertain profile. Counseling is considered substantially different from psychotherapy, as practiced by professionals with a training different from that of psychotherapists. Counseling is considered as a practice connected to a psychological competence, but not identical with the work of psychologist. Psychotherapists, both doctors and not-doctors, are little concerned in the subject of a specific counseling profession. Psychologists generally consider counseling as a part of the normal applied psychology. Not-psychologist counselors believe that the counselor plays a support activity that is independent by the psychologist profession as well as by psichiatry-psichotherapy, especially for the fact of not being medicalized, not based on interpretation, acting as an existential support for the person much more than as a care for mental illness. - KEY WORDS - Counselor, Image, Italy, Mental health professionals.

RIASSUNTO - E' stata condotta una ricerca clinico-sociale pilota, presso un campione di 24 professionisti italiani della psicologia, della psicoterapia e del counseling. I 24 colloqui in profondità sono stati trascritti e sottoposti ad analisi del contenuto. I dati raccolti evidenziano che il counselor viene generalmente percepito come un professionista ormai presente anche in Italia, ma dal profilo assai incerto. Il counseling viene considerato sostanzialmente diverso dalla psicoterapia, in quanto attuato da professionisti con una formazione differente da quella dello psicoterapeuta. Lo si considera collegato ad una competenza anche e soprattutto psicologica, ma non coincidente con l'attività dello psicologo vero e proprio. Gli psicoterapeuti, sia medici sia non-medici, si interessano poco al tema. Gli psicologi considerano genericamente il counseling come una parte del normale lavoro psicologico applicato. I counselor non-psicologi ritengono che il counselor svolga un'attività di supporto alla persona che è del tutto indipendente dalla psicologia come professione così come dalla psichiatria-psicoterapia, soprattutto per il fatto di non essere medicalizzata, di non fondarsi sull'interpretazione, di rappresentare un elemento di appoggio esistenziale per il soggetto molto più che la cura per una malattia mentale. - PAROLE CHIAVE: Counselor, Immagine, Italia, Operatori della salute mentale.

## Premessa

L'emergere di una figura di professionista indipendente definibile come "counselor" si presenta come un fenomeno caratteristico del ventesimo secolo, che accompagna i cambiamenti sociali e culturali che hanno avuto luogo nell'Europa Occidentale e negli Stati Uniti con l'avvento dell'era moderna. In psicologia, con il passare del tempo, si va dunque parlando sempre più spesso di counseling come di una componete significativa delle professioni d'aiuto (Corey, 1995; Todd e Bohart, 1999; Brown e Lent, 2000; Gelso e Fretz, 2000).

Il counseling, da un punto di vista teorico, trova le sue radici nella filosofia, nella psicologia, nella teologia, nella medicina e nelle sociologia. Mentre appare sempre più evidente che la psicologica si va spostando da una dimensione di tipo psicoterapeutico nel senso medico del termine verso interventi decisamente più centrati sulla persona e sulla relazione (Perussia, 1994, 1999; Perussia e Viano, 2006).

Una importante figura di riferimento per l'assetto del counseling come noi oggi lo conosciamo, è Carl Rogers (1942, 1951) il quale, attorno agli anni '40 del Novecento, pone le basi per questo orientamento, grazie alla definizione che dà della psicologia esistenziale e alla terapia centrata sul cliente. Nel 1952 nasce, in America, la *American Counseling Association*, una importante associazione



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

che si occupa di questo nuovo approccio psicologico, a testimonianza del crescente sviluppo e della rapida diffusione che stava conoscendo il counseling negli Stati Uniti del dopoguerra. Mentre in Italia si opera per molti anni nell'ambito del counseling, ma generalmente secondo modalità che non sono sempre chiaramente riconoscibile.

Questa situazione ha stimolato una notevole riflessione su chi è il counselor, come deve essre formato, che competenze e che contesti di lavoro lo caratterizzano. Tale dibattito è particolarmente vivo nell'ambito della ricerca psicologica, ma anche tra i professionisti che operano nei servizi di aiuto alla persona.

Esistono alcune ricerche sulla immagine del counselor e delle professioni psicologiche, fondate principalmente sulla comparazione tra la figura del counselor e quella di altri professionisti analoghi, quali medici, psicologi, psichiatri, sacerdoti, assistenti sociali ecc (Brigante, Haefner e Woodson, 1962; McCarthy e Peixotto, 1965; Resnick e Gelso, 1971; Krauskopf, Thoreson e McAleer, 1973; Robbins, May e Corazzini, 1985; Watkins et Al, 1986; Swickert, 1996; Lewis e Bor, 1998; Sen, 2002; Reynolds, 2006). Dal complesso di queste indagini risulta tuttavia che la situazione non è affatto chiara.

Si conosce poi molto poco di quale possa essere l'immagine del counseling secondo i professionisti delle professioni d'aiuto in Italia. Abbiamo perciò deciso di condurre una ricerca per raccogliere alcuni primi indizi relativi alla conoscenza, alla percezione e alle opinioni sul counseling da parte di quanti rappresentano l'utenza potenziale del counseling stesso.

In altre parole: abbiamo cercato di guardare il counseling attraverso gli occhi della gente comune, dei "non addetti ai lavori". Abbiamo cercato quindi di scattare una prima istantanea per inquadrare il counseling con l'occhio dell'utente potenziale.

Il nostro lavoro si è proposto dunque l'obiettivo di tracciare un quadro della situazione del counseling dal punto di vista degli operatori che esercitano nel campo della psicologia.

## Metodologia

Per questa ricerca preliminare sul vissuto che il pubblico ha del counseling, abbiamo utilizzato la classica metodologia di ricerca qualitativa definibile come ricerca clinico-sociale o indagine in profondità, sviluppata tenendo conto delle più recenti indicazioni disponibili in letteratura sulla ricerca qualitativa in psicologia (Richardson, 1996; Ricolfi, 1997; Cicognai, 2002; Mazzara, 2002; Cardano, 2003).

Il campione è stato costituito tenendo conto della formazione dei diversi professionisti, in modo da rappresentare diverse modalità di possibile coinvolgimento nella pratica del counseling. La ricerca è stata effettuata in Piemonte e Lombardia, tra aprile e giugno 2004.

Sono stati quindi effettuati 24 colloqui in profondità a: 6 professionisti iscritti ad una scuola di counseling, di cui 3 laureati in psicologia e 3 non laureati in psicologia; 6 professionisti diplomatisi presso una scuola di counseling, di cui 2 laureati in psicologia e 4 non laureati in psicologia; 5 professionisti laureati iscritti all'Albo degli Psicologi; 7 psicoterapeuti (registrati presso l'elenco degli psicoterapeuti) di cui 2 con laurea di medicina e 5 con laurea in psicologia.

I 24 colloqui in profondità sono stati condotti con l'ausilio di una traccia argomenti semistrutturata. Gli stimoli prevedevano risposte aperte, senza limiti di tempo. Il soggetto aveva completa libertà di espressione. La traccia utilizzata nella conduzione dei colloqui è stata la medesima per tutti gli intervistati. Ogni colloquio, della durata di circa un'ora e mezza, è stato condotto individualmente, ovvero faccia-a-faccia tra ricercatore e professionista. I colloqui sono stati audio registrati così da permettere la successiva trascrizione e analisi del contenuto.

## Risultati

### LINEE GENERALI DEL COUNSELING

La maggior parte degli intervistati, indipendentemente dalla qualifica professionale, parlando di counseling in prima battuta fa riferimento alla psicologia e alla relazione d'aiuto. Tale riferimento assume però connotazioni differenti.

Gli psicologi (non psicoterapeuti) tendenzialmente ne parlano in maniera vaga, pensano che psicologia e counseling siano due cose diverse ma non sanno descrivere in che cosa esattamente consista tale presunta differenza.

Secondo alcuni degli psicologi psicoterapeuti il counseling è sostanzialmente il tipo di sostegno psicologico che caratterizza gli interventi degli psicologi non specializzati in psicoterapia (non piscoterapeuti). Questi ultimi infatti secondo gli psicoterapeuti fanno sostanzialmente del counseling nella loro attività, anche se magari non lo chiamano così.

La maggior parte del sotto-campione degli psicoterapeuti definisce il counseling come un fenomeno "di moda" degli ultimi anni, ed anche come un mo-

do per "fare finta" di essere uno psicoterapeuta. Secondo questa visione, le persone ci si iscriverebbero ad una scuola di counseling perché non si hanno le possibilità, o la volontà o i mezzi per affrontare una vera e propria scuola di psicoterapia. Come emerge letteralmente da una intervista: "*Col fatto che ti permettono di dire che fai consulenza, ma non ti permettono di dire che fai psicoterapia, per forza di cose devi diventare un consulente… se non vuoi fare una scuola di psicoterapia, non penso che sia una scelta… penso che sia una esclusione*".

Diversa è la situazione per quanto riguarda il sotto-campione dei soggetti iscritti o diplomati presso una scuola di counseling. Questi forniscono infatti una descrizione del counseling relativamente più dettagliata e più chiara. Questi propongono una visione del counseling come di una modalità di intervento che mira a far leva sulle risorse interiori del cliente per andare a superare una o più difficoltà inerenti ad un aspetto circoscritto dell'esistenza. Viene quindi sottolineato che si tratta di un intervento focale e mirato. Chi esercita il counseling tende ad evidenziare le differenze che intercorrono con la psicoterapia, come a volersi ritagliare uno specifico e connotato settore di competenze.

Possiamo dire che, ad un primo impatto: psicoterapeuti e psicologi, al contrario di quanto avviene nel caso degli iscritti a scuole di counseling e dei counselor, rimangano un po' disorientati circa l'argomento counseling. Sembra cioè trattarsi di un approccio professionale che sentono sostanzialmente poco vicino alla propria esperienza; ma che soprattutto non conoscono bene, pur sentendolo in qualche modo imparentato con la disciplina psicologica.

## DIFFERENZE TRA PSICOTERAPIA E COUNSELING

Per quanto riguarda le differenze tra counseling e psicoterapia possiamo rilevare delle differenze nella percezione a seconda della formazione professionale degli intervistati.

Esiste peraltro anche un minimo comune denominatore, trasversale alle diverse professionalità. La grande maggioranza del campione sostiene infatti che il counseling non si occupa della psicopatologia, ma delle problematiche che restano entro la sfera della normalità. Nessun intervistato però, neanche a seguito di ampia sollecitazione da parte del ricercatore, è riuscito a definire in modo chiaro e preciso cosa intendere esattamente con il riferimento alla psicopatologia o a quello che esula dai parametri dalla normalità.

Per quanto riguarda le differenze, è invece possibile rilevare che il sotto-campione degli psicoterapeuti è maggiormente portato a pensare che il counseling sia un intervento che richiede un tempo minore della psicoterapia vera e propria, con obiettivi e metodi nettamente diversi da quest'ultima. Una differenza sostanziale negli obiettivi viene identificata nel fatto che con la psicoterapia si vanno a individuare (od a modificare) le strutture di personalità, mentre nel counseling ciò non avverrebbe.

Viene utilizzata la parola "consulente" come sinonimo di "counselor". Si tende ad accostare la professione del counselor a quella di un tecnico esperto, in cui la preparazione psicologica ha un ruolo piuttosto marginale. Come nota uno psicoterapeuta registrato: "*Se lo vuoi inserire in un ambito aziendale [il counseling], forse più che in psicologia, ti può essere più d'aiuto una laurea in economia*".

Il sotto-campione degli psicologi (senza ulteriori certificazioni specifiche aggiunte) ha più che altro preso le distanze sia dalla psicoterapia sia dal counseling. Come spiega la viva voce di uno psicologo: "*Il counseling è una consulenza meno specialistica di quella che fornisce lo psicologo*" e "*Lo psicoterapeuta sicuramente ha delle tecniche particolari e può proporre una analisi più approfondita di uno psicologo*".

Sembra cioé che gli psicologi valutino il loro intervento come posto ad un livello di competenze intermedio: in certo modo "superiore" rispetto al counseling, ma anche in certo modo "inferiore" rispetto alla psicoterapia.

Ricaviamo una visione ulteriomente differenziata analizzando le risposte dei counselor e degli iscritti ad una scuola di counseling. Secondo questo sotto-campione il counseling e psicoterapia sono sicuramente due approcci diversi. Tra le fila dei counselor non psicologi il counseling viene percepito come un mondo completamente a sé rispetto alla psicoterapia, tanto che più volte viene sottolineato il fatto, durante i colloqui, che il proprio intervento di counselor è soprattutto un "*Non fare psicoterapia*".

Sembrerebbe però che l'idea di fare altro rispetto alla psicoterapia sia una concezione derivata da un vissuto interiore più che da elementi di relativa realtà. Accade infatti che anche i counselor non psicologi dichiarino di non avere le idee chiare su cosa davvero significhi fare psicoterapia e di quale sia veramente la prassi delle sedute psicoterapeutiche, al di là di quello che ne hanno sentito dire o letto nei libri. Come nota un soggetto: "*In effetti non so esattamente in cosa si sostanzia un intervento psicoterapeutico, ma di sicuro non è quello di cui mi occupo*".

Per gli psicologi-counselor le differenze tra counseling e psicoterapia si sostanziano in una leggera differenza di metodi e di obiettivi. La psicoterapia viene spesso considerata come troppo direttiva,

mentre il counseling viene visto come un approccio più morbido e meno aggressivo. Soprattutto: la differenza tra queste due modalità d'aiuto sarebbe da ricercarsi più che altro a livello di definizione legale e nominale.

Nell'insieme, gli psicologi che praticano il counseling non pensano che la psicoterapia e il counseling siano due approcci inconciliabili. In qualche modo sembrerebbero cioè scorgere più punti di contatto che non differenze tra queste due tipologie di intervento; fatta salva la distinzione legale, per cui questi due nomi, per il proprio intervento, richiedono due formazioni e due certificazioni formalmente diverse da un punto di vista giuridico, ma molto meno da un punto di vista sostanziale.

In sintesi è possibile affermare che in generale gli psicologi e gli psicoterapeuti conoscono poco l'universo del counseling, ma ritengono ciononondimeno di possedre delle competenze maggiori rispetto ai counselor. I counselor non-psicologi ritengono di operare in un ambito definito e lontano da quello della psicoterapia. Gli psicologi che praticano il counseling non sembrano rilevare grandi differenze tra le due modalità di approccio alla relazione d'aiuto, mentre ritengono che sia molto difficile definire quali siano i confini che separano l'una dall'altra tali due strategie di approccio ai problemi delle persone.

## IL COUNSELOR

Nel complesso, i professionisti della relazione d'aiuto ritengono che la figura del counselor sia poco conosciuta. Come ben sintetizza un intervistato infatti: "*I clienti non conoscono neanche tanto bene quello che fa uno psicologo e quindi figuriamoci un counselor*".

In linea generale è emersa, come opinione comune, l'impressione che un individuo il quale si presenta dal counselor intenda sottoporgli una richiesta di aiuto per un problema preciso, al quale vuole trovare una soluzione. Secondo il parere dei counselor non-psicologi, ma che viene tendenzialmente condiviso anche dagli psicologi: nel momento della scelta, il cliente sembra preferire orientarsi in prima battuta verso una figura professionale di supporto che non si definisca in modo deciso come uno psicologo o come uno psicoterapeuta. Tale atteggiamento viene generalmente spiegato, più o meno, con la sensazione che il fatto di andare da uno psicologo o da uno psicoterapeuta evochi nella mente delle persone il fantasma dell'essere "pazzi" o malati, o comunque di vivere una condizione di disagio grave. A tale proposito un professionista nota: "*Io conosco molti counselor non psicologi e da un punto di vista lavorativo questo aspetto non li ha svantaggiati anzi ... Forse lavorano bene proprio per questo motivo*".

Essere un counselor senza essere uno psicologo non viene dunque necessariamente considerato come uno svantaggio da parte del campione di professionisti della relazione d'aiuto. A detta dei counselor stessi e degli psicologi-counselor, la pratica del counselor ha però molto a che fare con la psicologia per cui una formazione in questo ambito viene comunque ritenuta molto importante se non decisamente indispensabile. Chi è iscritto ad una scuola di counseling valuta come molto importanti gli insegnamenti di tipo psicologico previsti e li giudica necessari a garantire una formazione anche teorica alla pratica del counseling.

Per gli psicoterapeuti del campione, soprattutto tra i medici, il counseling viene considerato anche come uno strumento che può essere utilizzato in molte professioni a supporto del proprio lavoro. Nella maggior parte dei colloqui è stata infatti sottolineata la costante presenza di una componente psicologica intrinseca alla professione del counseling, sempre presente nella relazione e nella comunicazione tra counselor e cliente. Ciò nondimeno la generalità degli psicoterapeuti non ritiene essenziale conseguire una laurea in psicologia per esercitare questo tipo di supporto nelle diverse professioni in cui può fornire aiuto.

In sostanza, sulla base di questi colloqui smbra potersi concludere che la professione del counseling ha a che fare con la psicologia, intesa come disciplina scientifica e come sensibilità, ma non necessariamente con il fatto di essere uno psicologo certificato in senso formale.

## LA FORMAZIONE DEL COUNSELOR

Per quanto riguarda la conoscenza del percorso formativo del counselor, il campione si è sostanzialmente diviso in due principali gruppi: di cui uno sembra conoscere la procedura riguardante i corsi da seguire, le ore di lezione, le parti pratiche, il tirocinio ecc; mentre l'altro non averne che una conoscenza piuttosto limitata.

Quello che distingue i due gruppi sembra essere l'interesse verso tale argomento nonché l'esperienza diretta e vissuta. I counselor (psicologi o non) e gli iscritti ad una scuola di counseling (psicologi o non) appartengono infatti al gruppo di coloro che conoscono bene il percorso da seguire per divenire u counselor soprattutto per il fatto di averlo sperimen-

tato direttamente durante il proprio percorso formativo concreto.

Da parte di che pratica il counseling, si rileva che nella formazione del counselor è giudicato importante il fatto di avere conseguito una certificazione, che si ritiene venga ottenuta solo dopo l'aver frequentato una scuola di counseling della durata di tre anni e per un totale di circa 450 ore suddivise tra parti teoriche, pratiche, tirocinio e supervisione personale.

Tale iter appare utile ai professionisti (aspiranti counselor) del campione per potersi iscrivere ad una associazione che riconosca i counselor stessi, come quasi tutti i counselor o gli iscritti ad una scuola di counseling hanno sottolineato nel corso dei colloqui. Quasi nessuno fra questi soggetti ritiene di avere le idee chiare sul valore giuridico di una tale certificazione, ma la gran parte la giudica necessaria in generale e desidera comunque entrarne in possesso.

I professionisti che non sembrano particolarmente interessati a definirsi come dei counselor, appaiono poco interessati al counseling in generale oltre che tendenzialmente anche poco informati sugli aspetti pratici della formazione nel settore. Tale distinzione non è però assoluta. Per cui c'è chi, pur essendo uno mpsicologo poco interessato al counseling, afferma: "*Secondo me la formazione del counselor avviene seguendo una scuola, non ho ben capito se biennale o triennale, ma io queste informazioni le so perché quando ho finito l'università mi sono informata sulle varie possibilità presenti per continuare gli studi*".

Un punto di vista che evidenzia una differenza, tra chi pratica il counseling essendo uno psicologo e chi pratica il counseling senza esserlo, è che i laureati in psicologia sostengono che le competenze acquisite durante il corso di laurea sono davvero molto utili e importanti (per non dire essenziali) e quindi del tutto sufficienti ai fini di prestare supporto attraverso il counseling. Per gli psicologi potrebbe anche essere auspicabile che in un prossimo futuro la definizione stessa di counselor fosse riservata soltanto alla propria categoria professionale.

Tra le fila dei counselor non-psicologi invece viene sostenuta una tesi diversa, secondo cui il counselor attua un'azione diversa da quella operata dagli psicologi; i quali invece tendono, sempre secondo i counselor, a interpretare attivamente i clienti attribuendo loro le proprie fantazie teoriche ed analitiche, nonché ad identificare forzatamente delle categorie tipologiche-diagnostiche entro cui far rientrare gli individui, cercando a tutti i costi di ricondurre la relazione d'aiuto alla sequenza diagnosi-terapia-guarigione.

Insomma, secondo la testimonianza fornita dal campione: i couselor tendono a sostenere che l'azione di un counselor coincide con una professione piuttosto definita e identificabile, con proprie specificità che sono differenti da quelle dell'azione di uno psicologo. Mentre chi pratica il counselig essendo uno psicologo è portato a pensare che questa pratica sia appropriata soprattutto per il competente di psicologia, poiché rientra nell'ambito del supporto alla persona, che è uno specifico della psicologia.

## TEORIE DI RIFERIMENTO

La scelta della scuola di counseling a cui iscriversi, soprattutto tra i counselor non-psicologi, avviene specialmente in seguito al consiglio di qualche amico già iscritto alla scuola stessa o dipende dalla vicinanza della scuola rispetto alla propria abitazione. Sembra cioé che l'orientamento teorico dichiarato non sia determinante nella scelta del scuola di counseling da seguire.

La gran parte del campione ritiene che ci siano molti modi di affrontare la relazione d'aiuto attraverso il counseling, seguendo i più disparati orientamenti teorici proposti dalle diverse scuole. Rispetto a questo tema, molti giudicano però che non ci sia veramente un metodo o un approccio teorico che sia assolutamente migliore rispetto a un altr. Ritengono invece che conti soprattutto la possibilità di raggiungere l'obiettivo, ovvero diprendersi cura del proprio cliente e di aiutarlo a superare una condizione di disagio. In un certo senso, molti ritengono che: non importa come, l'importante è farlo. Come sintetizza un professionista che fa riferimento al counseling filosofico: "*La filosofia alla fin fine è molto simile alla psicologia anche perché la psiche fa parte della nostra quotidianità e tutto è cultura e conoscenza ... Nella psiche c'è una parte fondamentale del nostro essere quindi non si può dire che il filosofo non abbia una competenza psicologica … è una strada parallela con cui raggiungere una stessa meta, cioè aiutare gli altri*".

Risulta essere una convinzione diffusa nel campione quella secondo cui è importante, per poter essere un buon counselor, oltre a un approfondimento teorico, anche un percorso di formazione personale che porti a una crescita interiore. Questa appare ai più come una condizione necessaria per assolvere al meglio il proprio compito di supporto alle altre persone. Viene dunque giudicato importante che il counselor sia dotato di certe caratteristiche, quali: la capacità empatica, la capacità di ascolto, la capacità di accompagnare la persona così che questa possa crescere con le sue stesse forze.

L'IMMAGINE DEL TIPICO COUNSELOR

Secondo gli psicologi del campione, il tipico counselor è colui il quale ha frequentato una scuola appositamente intitolata a questa professione. Chi è laureato in psicologia sottolinea quasi sempre che il counseling è sostanzialmente analogo a quello che fanno normalmente gli psicologi, benché porti un nome diverso. Le altre categorie di professionisti fanno invece quasi sempre un accenno anche alle caratteristiche personali e attitudinali dell'individuo che opera come counselor, mentre non considerano il counselig come un'attività rigidamente connessa con la sola psicologia o da riservare ai soli psicologi certificati.

## Conclusioni

In sintesi, la figura del counselor sembra rappresentare qualcosa di relativamente confuso e difficile da definire in maniera chiara. La generalità del campione ne parla, ma sempre con un fondo di incertezza. Il counseling viene cioè indicato come una disciplina presente nel nostro tempo, ma dal profilo indefinito e largamente sovrapposto ad altre modalità di approccio ai problemi quotidiani. Il counseling viene comunque concepito come una professione d'aiuto, a forte valenza psicologica ma non necessariamente coincidente con un ruolo professionale già codificato.

I counselor non-psicologi tendono a vivere il counseling come un metodo di lavoro a sé stante. Lo considerano una professione autonoma, che ha sicuramente molti punti di contatto con la psicologia, ma che sostanzialmente è indipendente da questa. La psicologia-psicoterapia viene percepita come coincidente con una pratica molto legata alla interpretazione e ad un qualche cosa di vagamente medico; mentre il counseling viene visto piuttosto come un incontro tra persone, sostanzialmente privo di una dimensione diagnostica o valutativa.

Gli psicologi certificati tendono a ritenere che il counseling sia un'attività piuttosto normale per uno psicologo, che la esercita quotidianamente come componente intrinseca alla pratica psicologica, anche se non necessariamente la definisce in questo modo. I laureati in psicologia ritengono cioè che uno psicologo non-psicoterapeuta il quale attua un'attività di supporto psicologico alla persona stia sostanzialmente esercitando il counseling. Non considerano dunque il counseling come coincidente con la psicoterapia e non ritengono sia necessaria una competenza particolare per esercitare tale attività, a parte quella conseguita in università dallo psicologo.

Gli psicoterapeuti, sia medici sia psicologi, sembrano essere i meno coinvolti nel tema del counseling, almeno da un punto di vista di definizione delle competenze. Tendenzialmente questi ritengono di possedere degli strumenti e delle certificazioni superiori rispetto a quelli dei counselor, per cui non se ne preoccupano. Giudicano quindi che quanti si rivolgono ad uno psicoterapeuta, il linea di principio, non si rivolgerebbero mai ad un counselor. Si sentono tuttavia un poco minacciati da queste nuove figure, più che altro sul piano della concorrenza nel mercato professionale; specie per il fatto che il largo pubblico, avendo le idee poco chiare su che cosa sia effettivamente il counseling oppure la psicoterapia, possano finire (per ignoranza) con l'indirizzarsi verso il counselor invece che verso lo psicoterapeuta.

In conclusione: appare abbastanza evidente, dai dati preliminari pubblicati qui, che la figura del counselor è ancora largamente in corso di definizione. I dati raccolti aiutano a definire alcuni puti chiave per tale indefinitezza, da sviluppare approfonditamente in futuro. Ricerche successive potranno aiutarci a capire meglio la situazione, ai confini della psicologia ma si direbbe poco coincidente con questa, di tale nuova professione.

## Riferimenti bibliografici

Brigante, T.R.; Haefner, D.P.; Woodson, W.B. (1962). Clinical and counseling psychologists' perceptions of their specialties. *Journal of Counseling Psychology*, 9(3), 225-231.

Brown, S.D., Lent, R.W. (2000) editors. *Handbook of counseling psychology, 3Th edition*. New York: Wiley.

Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa: Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*. Roma: Carocci.

Cicognani, E. (2002). *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*. Roma: Carocci.

Corey, G. (1995). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Pacific Grove: Brooks Cole.

Gelso, J., Fretz, R. (2000). *Counseling psychology, 2nd edition*. Belmont CA: Wadsworth.

Krauskopf, C.J., Thoreson, R.W., McAleer, C.A. (1973). Counseling psychology: The who, what, and where of our profession. *Journal of Counseling Psychology*, 20(4), 370-374.

Lewis, S., Bor, R. (1998). How counselling psychologists are perceived by NHS clinical psychologists. *Counselling Psychology Quarterly*, 11(4), 427-437.

Mazzara, B.M. (2002) a cura. *Metodi qualitativi in psicologia sociale: Prospettive teoriche e strumenti operativi*. Roma: Carocci.

McCarthy, J.F; Peixotto, H.E. (1965). Psychologists'

attitudes toward their professional roles.In: *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association 1965*. Washington DC: American Psychological Association, 241-242.

Perussia, F. (1994). *Psicologo: Storia e attualità di una professione scientifica*. Torino: Bollati Boringhieri.

Perussia, F. (1999). *Cent'anni dopo: A che cosa serve la psicologia?* Milano: Guerini e Associati.

Resnick, H., Gelso, C J. (1971). Differential perceptions of counseling role: A reexamination. *Journal of Counseling Psychology*, 18, 549-553.

Reynolds, S.C. (2006). Specialty identity development: A functional analysis of work settings, professional activities, and theoretical orientations. *Dissertation Abstracts International*, 66(8-B), 4498.

Richardson, J. (1996) editor. *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. New York: Wiley.

Ricolfi, L. (1997) a cura. *La ricerca qualitativa*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Robbins, S.B., May, T.M., Corazzini, J.G. (1985). Perceptions of client needs and counseling center staff roles and functions. *Journal of Counseling Psychology*, 32(4), 641-644.

Rogers, C. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Sen, R. (2002). Perceptions of help-givers among three national groups. *Dissertation Abstracts International*, 62(11-B), 5391.

Swickert, M.L. (1996). Perceptions regarding the professional identity of counselor education doctoral graduates in private practice. *Dissertation Abstracts International*, 56(10-A), 3840.

Todd, J., Bohart, A.C. (1999). *Foundations of clinical and counseling psychology*. New York: Longman.

Watkins, F.G.Jr, Lopez, F.G., Campbell, V.L., Himmell, C.D. (1986). Contemporary counseling psychology: Results of a national survey. *Journal of Counseling Psychology*, 33(3), 301-309.

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

(SEZIONE MONOGRAFICA:
L'immagine del counselor)

# L'immagine del counselor secondo i medici

Andrea BOARINO, Andrea ZUCCARELLO
Università di Torino

ABSTRACT – *The image of counselor according to physicians* - A qualitative research has been conducted on the opinion and practice of Counseling between family physicians. A sample of 20 doctors in a big city of northern Italy (Turin) has been studied with individual semi-structured interviews and a content analysis. The study is focused on the knowledge of Counseling as an approach and as a technique, the possibility to be used in the physician's everyday work and how much Counseling is being actually used in medical activity. Results expose a general interest on Counseling as an approach, next to diverging issues regarding the use of psychological techniques in medicine. Some problematic matters emerge about the professional role of physicians and the possibility to give psychological support in their professional function. With good and bad points of Counseling from the medical point of view, a number of interesting issues have been collected on the relationship between a physician and his patients. - KEY WORDS - Counselor, Image, Italy, Physicians.

RIASSUNTO - È stata condotta una ricerca qualitativa concernente il concetto e la pratica del Counseling presso i medici di base. Un campione di 20 medici in una grande città del Nord Italia (Torino) è stato indagato con interviste individuali semi-strutturate e successiva analisi del testo. La rilevazione riguarda la conoscenza del Counseling come approccio e come tecnica, la sua praticabilità nell'ambito dell'attività del medico di famiglia e quanto questo venga effettivamente utilizzato nell'esercizio della professione. I risultati rivelano un generale interesse, insieme a posizioni contrastanti circa l'uso di strumenti psicologici in medicina. Emergono problematicità relative al ruolo del medico collegate con una sua possibile funzione di supporto sul piano psicologico. Insieme ai pregi e difetti del Counseling dal punto di vista del medico, vengono rilevati numerosi aspetti che caratterizzano il rapporto tra il medico di base ed i suoi pazienti. - PAROLE CHIAVE: Counselor, Immagine, Italia, Medici.

## Premessa

La storia della psicologia moderna evidenzia chiaramente come uno dei punti di riferimento principali da cui la psicologia stessa deriva sia stata la pratica medica, assieme alla ricerca fisiologica, almeno dalla seconda metà dell'Ottocento (Boring, 1929-1950; Sforzini, 1970; Mecacci, 1992; Perussia, 1994; Luccio, 2000; Morabito, 2007). Il legame tra psicologi e medici, pure armonizzatosi notevolmente almeno sul piano della collaborazione professionale, si è sviluppato tuttavia nella direzione di una notevole indipendenza epistemologica ed operativa tra le due professioni e le due correlative strategie epistemologiche (Perussia, 1999; Perussia e Viano, 2006).

Da molti indizi possiamo altresì supporre che il rapporto tra le professioni mediche e le professioni psicologiche, dal punto di vista della percezione reciproca in termini di immagini, sia però sempre stato non del tutto chiaro, specie per quanto riguarda una possibile dimensione psicologica, sia conoscitiva sia terapeutica, nell'ambito della medicina. Il dato appare evidente nelle ricerche in cui si è potuto verificare come gli studenti di medicina esprimano una valutazione più negativa che positiva della psichiatria e della psicoterapia, almeno come specializzazioni mediche rispetto alle altre possibili attività e qualifiche possibili del medico (tra cui: Furnham, 1986; Soufi e Raoof, 1992; Sydow e Henning, 1998). Altre ricerche hanno evidenziato la non chiara comprensione reciproca di medici e psicologi nel contesto professionale, pur in un reciproco rapporto di stima (ad esempio: Figueroa e Paikin, 1992; Alves de Carvalho, 2005).

Il tema appare particolarmente rilevante nel caso dell'intervento di counseling. Questa particolare modalità di approccio psicologico si va infatti sempre più strutturando come un intervento di supporto non-clinico anche in ambito medico (Brown e Lent, 2000; Gelso e Fretz, 2000).



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

Nella ricerca pubblicata qui abbiamo dunque voluto indagare l'opinione che i medici di base hanno sul counseling come orientamento e come possibile attività effettuata nello studio medico. I medici offrono una interessante prospettiva sul counseling, le problematiche di relazione e cura che intrattengono con i loro pazienti appaiono come le più generali e differenziate. La funzione di contatto con la popolazione generale li espone alla necessità di realizzare compiti che, al di là della diagnosi e cura, implicano spesso attività di interpretazione, rilevazione e supporto dei disagi personali e relazionali.

## Metodologia

Data la natura di ricerca pilota che questa indagine vuole avere, abbiamo utilizzato i modelli classici della ricerca qualitativa in psicologia, quale è normalmente in uso nella ricerca psicologia internazionale in genere e italiana in particolare (Lazarsfeld, 1972; Richardson, 1996; Ricolfi, 1997; Have, 1998; Cicognani, 2001; Mazzara, 2002). Lo studio è stato condotto secondo i canoni della ricerca qualitativa con successiva analisi del testo, nei termini di quella che viene generalmente definita come indagine clinico-sociale.

Il campione, di carattere indicativo ma comunque interessante per un primo approccio al tema, è costituito da 20 medici, dei quali 17 esplicano l'attività di medicina di base e 3 sono medici specialisti: un cardiologo, un fisiatra, un pediatra. I soggetti appartengono tutti ad una zona di Torino che fa capo ad una stessa ASL cittadina.

La selezione del campione è stata effettuata a partire dall'elenco dei medici associati a questa specifica ASL per mezzo di un primo contatto telefonico per richiedere la loro disponibilità. Il 50% dei medici contattati telefonicamente ha accettato di partecipare alla ricerca. Con ciascuno di essi è stato preso un appuntamento per il colloquio in profondità, che si è svolto presso il loro studio ambulatoriale.

I colloqui in profondità sono stati condotti con modalità semi-strutturata partendo da una base di dieci domande aperte. A queste, che corrispondevano ai temi oggetto di studio, hanno risposto tutti i medici. Nel corso dei colloqui, i medici consultati hanno introdotto vari argomenti collegati ed hanno approfondito in modi diversi i temi connessi alle domande.

La struttura del colloquio si componeva delle seguenti domande: Che cosa le fa pensare la parola counseling? Che cos'è per lei il counseling? Per quali pazienti è adatto il counseling? Per quali disagi è adatto il counseling? Quali sono i pregi ed i difetti del counseling? Usa tecniche di counseling nel suo lavoro? Quali? Un medico può fare counseling nella sua specifica attività? Ha mai lavorato con un counselor? Quale esperienza ne ha avuto? Quali sono le analogie e le differenze tra l'operare del medico e quello del counselor? Come potranno evolvere in futuro l'attività medica e quella di counseling?

## Risultati

### L'IDEA DI COUNSELING

Il termine counseling sembra produrre grande incertezza in molti dei medici. La difficoltà che ricorre nel definire inizialmente l'argomento del colloquio è nell'attribuire a questa parola un significato chiaramente delimitabile, nella mancanza di una traduzione diretta e certa in italiano.

L'ambito sotteso alla parola counseling appare ai più come un contenitore troppo ampio e generico nel quale risulta difficile fare riferimento a comportamenti e metodi specificamente individuabili.

L'associazione più frequente e immediata viene effettuata con il concetto di "consiglio".

In ordine di frequenza, le idee evocate dal termine counseling sono, riprendendo letteralmente dalle espressioni utilizzate: dialogo, interazione; atteggiamento di accoglienza; approccio psicologico; chiacchierare, parlare; instaurare un rapporto; dispensare consigli per guidare; dare indicazioni sulla cura; dare sostegno; mettersi in comunicazione profonda; ascoltare per aiutare; riuscire a far parlare; tecnica per mettersi in relazione.

Riportiamo qui alcuni brani rappresentativi, ripresi letteralmente dai colloqui:

*"Io non so l'inglese, se non me lo traduce…"*
*"Ne so molto poco, inutile raccontare frottole, ho qualche notizia molto vaga, se lei mi dice qualcosa in più io le rispondo."*
*"Forse è meglio che spenga il registratore, così mi spiega cos'è veramente questo counseling."*
*"Mi viene in mente un colloquio partecipato… nel senso di un ascolto della persona un po' più approfondito, un po' più profondo."*
*"Counseling mi fa venire in mente la parola consiglio, però non so quanto c'entri. Comunque mi fa pensare ad un atteggiamento, appunto della persona che dispensa consigli, ascolta per consigliare, per guidare, per condurre, ecco… ad una atteggiamento di accoglienza e di accoglimento."*
*"La parola counseling mi fa venire in mente la cosa che devo dire al paziente, sia come diagnosi che*

*come terapia, che deve essere detta a seconda della personalità che ho davanti. Quindi è un modo di parlare che differisce molto a seconda che io abbia davanti un bambino, un adulto, un anziano, una donna o un uomo…"*

## IL COUNSELING SECONDO I MEDICI

Sollecitati a fornire una definizione del counseling, i medici offrono interpretazioni piuttosto differenziate che, peraltro, mantengono come riferimento comune la relazione medico-paziente.

Un gruppo rilevante tra i medici consultati tende a collegare il counseling con il modo di interagire e comunicare con il paziente, la disponibilità a concedergli tempo, ascolto, attenzione agli aspetti personali.

Gli scopi di questo atteggiamento sono attribuiti alla necessità di comprenderlo più in profondità ed effettuare diagnosi migliori, metterlo a proprio agio, instaurare un rapporto di fiducia, far comprendere ed accettare determinare cure, ottenere risultati terapeutici più efficaci.

Per alcuni counseling è anche fornire informazioni e aiuto per l'accesso ai servizi sanitari di cura e riabilitazione, così come ai servizi sociali di assistenza disponibili sul territorio. Il counseling è anche associato agli interventi che il medico si trova ad effettuare a scopi educativi quando consiglia comportamenti di prevenzione o segue in modo più personale e individualizzato il paziente durante la convalescenza.

Il counseling è in generale accostato al concetto di aiuto al paziente che può andare dagli aspetti di semplice attenzione ed ascolto, fino al sostegno a chi porta un disagio psicologico di una qualche rilevanza. Per molti, in estrema semplificazione, fa counseling chi evita un comportamento impersonale e non si limita all'automatismo freddo e burocratico delle prescrizioni.

Alcuni medici hanno attribuito al counseling un ruolo strettamente psicologico e piuttosto differenziato rispetto all'ambito della medicina di base. Una opinione che emerge è che il counseling sia una sorta di "psicologia spicciola" in cui il medico attua un qualche generico, seppure autorevole, supporto all'interno della relazione con il paziente.

Riportiamo qui alcuni brani rappresentativi, ripresi letteralmente dai colloqui:

*"Per me il counseling è proprio un modo di accogliere il paziente anche solo facendo, non so… una battuta, anche solo per scrivere una ricetta, che è una prescrizione ripetitiva ed automatica, anche solo per chiedere come va la famiglia. È un modo per evitare di fare una cosa troppo… come posso dire… troppo fredda."*

*"Il counseling è il rapporto che viene instaurato tra medico e paziente, la capacità di dialogo, di ascolto, non solo sui sintomi fisici della malattia. È cercare di creare un certo rapporto per verificare quale parte dei sintomi sia reale e quale sia psicosomatica ed anche per mettere a proprio agio il paziente."*

*"Io penso che sia utile nella patologia psichiatrica e psicologica… il medico più per l'aspetto strettamente scientifico e terapeutico, magari il counseling per l'aspetto più comportamentale e di relazione."*

*"Qualcuno dice che è psicologia spicciola, qualcun altro dà un valore molto più profondo, ma penso che sia proprio il dialogo che si fa con il paziente per cercare di sviscerare il problema."*

*"Ecco… è un atteggiamento che fa parte del bagaglio del medico come il fonendoscopio, lo stetoscopio… Io il counseling lo metto nella borsa ogni mattina che parto per uscire di casa e fare il medico. Se vogliamo dovrebbe essere un atteggiamento di vita, noi lo chiamiamo counseling, nella vita di tutti i giorni si potrebbe dire: accoglienza alle persone che si incontrano…"*

## PER CHI È ADATTO IL COUNSELING

La gran parte dei medici ritiene che il counseling consista in un approccio nei confronti del paziente e che, in quanto tale, si debba usare in tutte le visite senza discriminazioni circa la natura del problema o la gravità della situazione del malato.

Molti riconoscono che un atteggiamento attento alla relazione, come quello che associano al counseling, è utile con tutti i pazienti, soprattutto quando sia necessario indagare più profondamente le cause dei problemi e delle patologie che vengono portate.

Riportiamo qui alcuni brani rappresentativi, ripresi letteralmente dai colloqui:

*"In linea di massima direi con tutti i pazienti, perché è la parte principale per entrare e riuscire a capire che cosa possano avere, quali sono i problemi…"*

*"Si fa su casi selezionati, quando forse servirebbe, non dico a tutti, ma a chiunque abbia una patologia cronica di qualunque genere (ed è comunque l'ottanta per cento dei nostri pazienti) ne avrebbe bisogno."*

### Che cosa rende difficile fare counseling

I fattori che i medici indicano come limitazioni all'applicazione del counseling nella pratica emergono soprattutto in relazione al tempo molto ridotto che si può dedicare alla visita di ciascun paziente. L'elevato numero di pazienti da visitare ogni giorno e l'impossibilità di dare alla maggior parte di essi un tempo adeguato per una visita approfondita, è una condizione che sembra escludere, in molti casi, di poter mettere in atto quel counseling che pur si riterrebbe utile.

Con alcuni pazienti il counseling viene ritenuto difficile da praticare perché già si sono instaurate dinamiche conflittuali che sembrano impedire altre modalità di interazione, al di là delle prescrizioni dei farmaci e della negoziazione sui giorni di prognosi per l'assenza dal lavoro.

Secondo i medici intervistati, alcuni pazienti non sarebbero disponibili ad avere con loro un rapporto basato sul counseling perché avrebbero un'idea del ruolo del medico limitato a colui che prescrive medicine e nient'altro. Questi sarebbero insofferenti ad una visita che si prolunghi più del necessario e potrebbero essere infastiditi da un comportamento del medico orientato all'approfondimento ed al dialogo.

La grande maggioranza dei medici lamenta una scarsa preparazione professionale come counselor ed ammette di agire da autodidatta quando mette in atto qualche forma di counseling nella sua attività. La mancanza di preparazione specifica viene indicata come una sicura difficoltà ed un possibile limite per l'efficacia dei risultati.

Riportiamo qui alcuni brani rappresentativi, ripresi letteralmente dai colloqui:

*"Per fare counseling dovresti avere meno pazienti e riuscire a colloquiare molto di più, cosa che dal punto di vista pratico è impossibile."*
*"… non c'è tempo, non c'è preparazione, non ci sono gli strumenti, non c'è niente… quando inizia l'ambulatorio l'unico obiettivo è quello di finirlo, in qualsiasi modo, bisogna finirlo, perché la gente non ha tempo, non ha pazienza, non ha voglia…"*
*"… certo non puoi pensare di farlo quando di là è pieno, perché senti il rumore di sottofondo, la gente che mugugna e il tempo che passa e dici oddio…"*
*"… c'è sempre la fila, quindi è difficile, se non impossibile, avere un atteggiamento di counseling. E poi, ho i dubbi che ho detto prima: se ne vale la pena, e quando ne vale la pena, cioè queste cose ti risucchiano una quantità enorme di tempo e poi è stressante parlare con questa gente."*
*"… con dei pazienti ho dei buoni rapporti, mi trovo in una relazione significativa, con altri ho una pessima relazione e mi rendo conto che non sono in grado di fare lo stesso lavoro con gli uni e con gli altri…"*
*"… poi non c'è la preparazione per farlo, alla fine non so se faccio una cosa utile o mal fatta, perché nessuno ci ha mai detto come fare questo tipo di lavoro… magari basta dire due parole dette in un certo modo… comunque del counseling non abbiamo nessuna idea…"*
*"Io, come credo tutti i medici, ho una preparazione che è assolutamente superficiale in materia e quindi, finché si tratta di un indirizzo, un appoggio, ci sono, dopodichè io devo delegare per necessità anche di tempo, perché comunque non posso permettermi di fare un appoggio psicologico serio."*
*"… non tutti i pazienti sono preparati [per il counseling]… al di là dei medici che anche loro non sono preparati, ma anche i pazienti non lo sono, qualcuno non capirebbe, per limiti culturali suoi, per la sua età…"*

### Pregi e difetti del counseling

Nelle risposte dei medici, i pregi del counseling non sembrano essere in discussione: potendolo fare può produrre indubbi vantaggi.

Vengono sottolineati in particolare alcuni aspetti: poter raggiungere una migliore relazione di fiducia, comprendere meglio le richieste ed i sentimenti del paziente, poter gestire più facilmente le dinamiche emotive che si sviluppano. Il paziente si sentirebbe in questo modo più seguito, all'interno di un rapporto più personale ed umano, e, per queste ragioni, la terapia potrebbe avere maggiore efficacia.

Per quanto riguarda i difetti, essi tendono ad essere esclusi dalle caratteristiche intrinseche del counseling, vengono però individuate una serie di possibili conseguenze negative sulla pratica del medico di base. Gli effetti possono incidere sull'operatività, richiedendo il counseling un tempo considerevolmente più lungo, oppure possono influire sulla definizione del ruolo del medico o sulla forma della prestazione attesa.

Una difficoltà che viene riferita riguarda anche le dinamiche relazionali che emergerebbero con taluni pazienti per cui, quando si sia instaurata una condizione di una maggiore apertura e familiarità con il medico, giungessero a chiedere trattamenti di favore. In questo fraintendimento, alcuni temono di dover poi rifiutare con difficoltà le richieste anomale fatte in nome di una presunta "amicizia" con il medico.

Un altro aspetto riguarda la funzione di regolazione che il medico di base ha nell'erogazione delle prestazioni di cura, non solo quelle da lui stesso effettuate, ma anche quelle dispensate dal sistema sanitario come gli esami clinici e le visite specialistiche.

Secondo quanto riferito dai medici, alcuni pazienti tenderebbero a chiedere al medico più attenzione e più cure di quanto sarebbe necessario. In circostanze come queste il medico sarebbe più impegnato a limitare la domanda di relazione piuttosto che stimolarla. Per questi casi il counseling viene ritenuto inadatto ed anche controproducente.

Talvolta il timore è di "viziare" troppo il paziente il quale poi innalza le sue aspettative e aumenta le sue richieste, in altri casi di diventarne il "confessore" generando un rapporto troppo stretto di confidenza e di dipendenza.

Una delle conseguenze frequentemente espresse dai medici riguarda la maggior fatica che un approccio di counseling chiederebbe al medico a causa di un maggiore coinvolgimento emotivo.

Le risposte emotive del medico di fronte al dolore del paziente richiedono un controllo che si basa talvolta su una certa distanza professionale. Alcuni medici hanno espresso il timore che una relazione più impostata sul counseling li possa esporre ad un più forte stress personale ed emotivo.

Riportiamo qui alcuni brani rappresentativi, ripresi letteralmente dai colloqui:

*"Io penso che il paziente si prenda da te tutto quello che gli concedi, nel senso che dipende un pochino dall'approccio in generale, se gli dai modo di allargarsi, si allargherà. E quindi io penso che ognuno di noi abbia il proprio lavoro, imposta il proprio lavoro in modo più personale, cerca di essere il più, come dire, il più professionale, ma anche in qualche modo distaccato, e quindi non lascia spazio al paziente per portare tutta una serie di problemi che magari non sono obblighi squisitamente medici… ecco… e cerca di limitare il campo…"*

*"… non so se ne vale sempre la pena perché c'è gente che fa diventare elefanti le formiche e quindi bisogna vedere il problema, c'è gente che è una sanguisuga… il counseling potrebbe essere un altro modo per far risucchiare risorse da chi non ne ha bisogno…"*

*"… effettivamente bisogna fare attenzione, secondo me, a non attribuire al counseling… di non degenerare con la tecnica del confessore, io sono qua tutte le volte che ne ha bisogno… che il counseling comunque non venga frainteso. Il counseling applicato, applicato correttamente, dovrebbe proprio evitarti questi coinvolgimenti emotivi e queste sbavature che poi portano ad avere un paziente viziato…"*

*"… molte sono le situazioni che tendono a coinvolgerti anche troppo… ti coinvolgi più di quanto dovresti…"*

*"… noi siamo più istintivamente portati, come dire, a rifiutare le situazioni di disagio,in cui ti devi pesantemente impegnare emotivamente ed affettivamente."*

*" …se volevo fare il prete, facevo il prete, ma neanche più i preti fanno più questo lavoro qua, perché è un lavoro, è una cosa assolutamente faticosa, pesante, sconvolgente, si fa un'ora al giorno e poi basta…"*

*"… il controtrasfert non è così facile da gestire, per nessun medico è così, a meno che non abbia una preparazione in questo ambito, quindi il controtrasfert te lo giochi male… quando si instaurano delle dinamiche di contrasto… con quel tipo di paziente, un certo tipo di relazione di counseling non è possibile."*

## IL COUNSELING ATTUATO DAI MEDICI

Molti medici dimostrano di utilizzare un approccio di counseling nella loro normale pratica professionale, lo ritengono una condizione facilitante nei confronti del paziente anche se praticato senza una preparazione specifica.

Un approccio di counseling viene comunque considerato utile per costruire una relazione di fiducia e, nei casi in cui sia necessario, per fornire un primo sostegno psicologico al paziente, prima di inviarlo ad uno specialista per un intervento più specifico.

In molti colloqui viene fatto rilevare quanto spesso si presentino nell'ambulatorio del medico di famiglia problemi di tipo psicogeno, psicosomatico, o di vero disagio psicologico e che le capacità di counseling siano di fondamentale importanza per il trattamento di questi casi.

Alcuni medici osservano, peraltro, di non essere interessati a mettere in atto tecniche psicologiche che non considerano proprie della professione medica. Per la formazione che hanno avuto, per il proprio interesse scientifico e per quello che considerano il dominio specifico di intervento del medico, non pensano di applicare tecniche di counseling che vadano oltre l'accoglimento del paziente.

Le condizioni per cui un intervento di counseling possa essere condotto da un medico dipendono da fattori diversi: la propria inclinazione e predisposizione nei confronti di questo approccio, le caratte-

ristiche del paziente e del suo problema, il tempo che in quel momento il medico ha a disposizione.

Riportiamo qui alcuni brani rappresentativi, ripresi letteralmente dai colloqui:

> *"... quando non c'è una patologia vera e propria, quando gli esami sono del tutto negativi ecco che, sinceramente, ci si orienta in questo modo..."*
> *"Non lo faccio sempre, dipende secondo me, molto da come sto io, se sono più tranquilla e ben predisposta ... quando ho dei miei problemi so che faccio più fatica ad ascoltare liberamente la persona, spesso ad esempio quando ho proprio fretta, c'è lo studio pieno e sono preoccupata dall'ansia di finire, allora ascolto di meno e sono più veloce."*
> *"Cerco di farlo, ma on sempre riesco perché dipende dai giorni, dall'umore, dipende molto dai giorni e dal tipo di paziente, perché ci sono quelli con cui hai più relazione e quelli con cui ne hai meno."*
> *"Quando ci si accorge che il problema, in effetti, è da ricondurre ad un qualche disturbo a livello psicologico del paziente, allora si cerca proprio di far parlare un po' il paziente, di entrare un poco, a livello profondo ... sicuramente si fa una serie di domande proprio per vedere se ci sono dei problemi..."*
> *"Io il paziente lo tocco, lo manipolo, comunque gli comunico qualcosa, e se gli comunico empatia, se gli comunico affetto, se gli comunico interesse e solidarietà umana, dal paziente ottengo delle cose. Se al paziente non riesco a comunicare nulla, anzi comunico freddezza o distacco, sicuramente il fattore riabilitativo alla fine sarà inferiore. Il counseling, il parlare al paziente, lo spiegare i problemi e cercare di risolverli con più persone che si interessano al problema, secondo me serve a far star meglio il paziente e a trovare per lui la strada più giusta."*
> *"Direi di no [non faccio counseling], io cerco di dare qualche consiglio così, come può essere nelle mie possibilità e cercare di inquadrarlo dal punto di vista diagnostico e soprattutto terapeutico, finché penso tra virgolette di farcela, se vedo che la cosa è troppo impegnativa magari gli posso far fare la visita psichiatrica..."*

### L'ESPERIENZA DIRETTA CON UN COUNSELOR

Nessuno dei medici ha riportato una sua esperienza diretta di interazione o collaborazione con un counselor professionista. Alcuni hanno seguito a distanza interventi attuati da psicologi su pazienti da loro inviati.

Molti, per contro, hanno frequentato corsi di counseling organizzati per i medici ed hanno avuto informazioni teoriche e pratiche sulle attività di un counselor. Da questi corsi alcuni hanno segnalato di non averne tratto soddisfazione per lo scarso contenuto pratico e l'insufficiente trasferimento nella pratica delle tecniche di counseling trattate.

Riportiamo qui alcuni brani rappresentativi, ripresi letteralmente dai colloqui:

> *"Si, ho seguito, ho fatto dei corsi, forse un corso soltanto, veramente di counseling, in cui ho attuato, ho sperimentato, le tecniche di counseling, non dico seguito, ma alla presenza di persone esperte."*
> *"... ho seguito un corso di aggiornamento di due giornate sul counseling, dove alla fine non ci è stato detto cos'è il counseling perché alla fine chi lo ha fatto alla fine ha menato il can per l'aia..."*
> *"Si l'ho avuta [l'esperienza] perché ho fatto dei corsi, ne ho fatti due mi sembra, poi basta, abbastanza intensivi, tre giorni facendo anche delle scenette, queste cose qua..."*

### ANALOGIE E DIFFERENZE TRA L'OPERARE DEL MEDICO E QUELLO DEL COUNSELOR

L'opinione generale che emerge colloqui è che il counseling possa essere uno strumento utile nell'esercizio della medicina, ma ne rimane sostanzialmente separato: la medicina fa diagnosi e cura il counseling si occupa di aspetti psicologici.

Il medico sembra avere un'area di interesse fondamentalmente diversa da quella del counselor, quindi esercita un'altra professione con tempi e tecniche differenti. Tuttavia il medico può usare talvolta tecniche di counseling perché gli sono utili.

Le due professioni non sono sovrapponibili: un counselor non potrà mai fare il medico senza la formazione medica. Un medico dovrebbe acquisire una formazione da counselor per poter applicare in modo appropriato le tecniche del counseling.

L'ascolto e la cura con le parole, se pure riconosciute come importanti, assumono una posizione diversa e secondaria all'interno del ruolo del medico e nella sua funzione specifica.

La psicologia, ambito elettivo del counselor, è considerata dal medico materia troppo diversa, nella quale non trova la concretezza e la certezza della sua disciplina. L'attività di counseling risulta allo stesso modo confusa e poco decifrabile agli occhi del medico, quindi tendenzialmente inefficace e poco importante.

Riportiamo qui alcuni brani rappresentativi, ripresi letteralmente dai colloqui:

*"La medicina è un fatto più tecnico, scientifico, il counseling è forse, nel nostro caso… per lo meno può essere uno strumento mediatore, o di applicazione nella medicina di un fatto scientifico, a una realtà più complessa che è la persona umana …"*
*"Ma, che dire, io facendo il medico tratto anche farmacologicamente, per dire, quindi io sicuramente dispenso farmaci ansiolitici piuttosto che antidepressivi eccetera e magari la parte più squisitamente psicologica sarebbe appannaggio del counselor…"*
*"Penso che il counseling dovrebbe essere un aspetto della medicina al pari delle altre correnti prettamente organiche, quindi: come sai fare come si prende la pressione, come sai leggere un elettrocardiogramma, come sai interpretare degli esami del sangue, in teoria dovresti avere un minimo di idea sul counseling…"*
*"… sono due cose completamente diverse, la medicina è più concreta, la psicologia è un po' più campata per aria … è meno evidente il problema psicologico, quello medico tu lo vedi … c'è il catarro … è un po' più sfumata la cosa… e poi quanto è veramente patologia psicologica e quanto potrebbe essere qualcosa che viene camuffato, queste persone tendono soprattutto a non farsi vedere malate…"*

UN FUTURO PER L'ATTIVITÀ MEDICA E QUELLA DI COUNSELING

Alcuni medici esprimono il dubbio che questa attenzione sul counseling in medicina sia il frutto di una moda passeggera, ma sperano che siano i futuri sviluppi a smentire questo sospetto.

Diversi medici auspicano un futuro inserimento dell'insegnamento del counseling nel curriculum formativo universitario ed anche l'istituzione di corsi di specializzazione per questa disciplina.

Molti non credono in un futuro sviluppo del counseling nella medicina di base per la mancanza cronica di risorse del sistema sanitario, unita alla condizione attuale che riserva alti numeri di assistiti per ogni medico.

La prospettiva futura sembra collocare il counseling in medicina come un'attività marginale e di nicchia, lasciata alla discrezionalità ed alla buona volontà dei medici che ne riconoscono l'importanza e riescono a praticarla nonostante le difficoltà oggettive.

Riportiamo qui alcuni brani rappresentativi, ripresi letteralmente dai colloqui:

*"… lo vedo, come si può dire, come una cosa che potrebbe essere insegnata a livello di università, anche come adesso hanno introdotto in medicina la psicologia…"*
*"… a livello invece di ambulatorio vedere il medico affiancato da altre persone è difficile, io vedo di più una persona che si forma con queste tecniche e poi può trasmetterle ad altri…"*
*"… ci serve qualcuno che formi noi, però poi dobbiamo applicarlo noi il concetto, mandare il paziente dal counselor non ha nessun senso, sono io che devo dialogare e relazionarmi con il paziente. Una tecnica di relazione, ma il futuro può essere diciamo, i corsi di formazione ecco, corsi di formazione in questo senso, imparare a lavorare in modo più civile, più umano, anche più distensivo per noi, quanti colleghi stressati si incontrano per strada…"*
*"Non glielo so proprio prevedere, magari ci sarà un counselor che affianchi il medico di base, però al limite potrebbe esserci un angolo terapeutico di counseling in ospedale, ma non penso che gli ambulatori della medicina di base avranno un servizio di questo genere…"*
*"… il problema counseling lo vedo abbastanza brutto per il futuro… sono cose belle, però c'è un problema economico alla base, perché se noi gestiamo millecinquecento assistiti a cranio, se ne gestissimo settecento o ottocento ci sarebbe tutto un altro discorso e potresti dedicargli anche mezz'ora, tre quarti d'ora, come stanno andando le cose, prevedo un futuro sempre più misero…"*

## Conclusioni

Il counseling è un tema che riscuote un indubbio interesse tra i medici. È un'attività di cui è difficile comprendere la reale consistenza e le specifiche caratteristiche: ciascuno tende a riconoscerla in alcuni comportamenti che già agisce o che vorrebbe adottare.

Costituisce un importante spunto di analisi perché legato a molte delle difficoltà e delle caratteristiche della professione che il medico vive nel suo quotidiano impegno con i pazienti. Per un verso è ritenuto uno strumento utile, ma difficilmente applicabile per gli ostacoli di tempo e di competenza specifica.

Fare counseling nel proprio ambulatorio è visto dai più come un'attività che sarebbe bello poter fare, ma che le condizioni oggettive purtroppo impediscono.

Il counseling è vissuto come un'area non prettamente medica, un settore di confine con la disciplina psicologica e pone interrogativi sull'identità di ruolo e sulla coerenza rispetto alle funzioni ed agli obiettivi della professione medica.

Il futuro sembra suggerire una tendenza contraria al counseling, un tempo in cui risorse economiche più limitate imporranno alla medicina di base rapporti con i pazienti ancora più sintetici e veloci.

### Riferimenti bibliografici

Alves de Carvalho, J.W. (2005). *Representacoes sociais da psichologia hospitalar entre medicos e psicologos*, Dissertacao de Mestrado, Rio de Janeiro, Universidade Federal.

Boring, E.G. (1929-1950). *A history of experimental psychology*. New York: Appleton Century Crofts.

Brown, S.D., Lent, R.W. (2000) editors. *Handbook of counseling psychology, 3Th edition*. New York: Wiley.

Cicognani, E. (2002). *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*. Roma: Carocci.

Figueroa, N.B.L. de, Paikin, M.L. de (1992). El psicologo clinico y el medico: Evaluacion cruzada de imagens profisionales, *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 24(3), 293-300.

Furnham, A.F. (1986). Medical students' beliefs about nine different specialities. *British Medical Journal*, 293, 1607-1610.

Gelso, J., Fretz, R. (2000). *Counseling psychology, 2nd edition*. Belmont CA: Wadsworth.

Have, P. ten (1998). *Doing qualitative research: A practical guide*. London: Sage.

Lazarsfeld, P.F. (1972). *Qualitative analysis: Historical and critical essays*. Boston: Allyn and Bacon.

Luccio, R. (2000). *La psicologia: Un profilo storico*. Roma-Bari: Laterza.

Mazzara, B.M. (2002) a cura. *Metodi qualitativi in psicologia sociale: Prospettive teoriche e strumenti operativi*. Roma: Carocci.

Mecacci, L. (1992). *Storia della psicologia del Novecento*. Roma-Bari: Laterza.

Morabito, C. (2007). *Introduzione alla storia della psicologia*. Roma-Bari: Laterza.

Perussia, F. (1994). *Psicologo: Storia e attualità di una professione scientifica*. Torino: Bollati Boringhieri.

Perussia, F. (1999). *Cent'anni dopo: A che cosa serve la psicologia?* Milano: Guerini e Associati

Perussia, F., Viano, R. (2006). *Psicologi: Tra professione, scienza e pratica quotidiana*. In: Moderato, P., Rovetto, F., a cura, Psicologo: Verso la professione; Terza Edizione. Milano: McGraw Hill Italia, 3-33.

Richardson, J. (1996) editor. *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. New York: Wiley.

Ricolfi, L. (1997) a cura. *La ricerca qualitativa*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Sforzini, P. (1970). *La psicologia: Dalle origini al primo novecento*. Milano: Angeli.

Soufi, H.E., Raoof, A.M. (1992). Attitude of medical students towards psychiatry. *Medical Education*, 26, 38-41.

Sydow, K. von, Henning, T. (1998). Stereotypes of psychotherapists: A content-analytical study of medical and psychology students. *International Journal of Psychotherapy*, 3(2), 135-152.

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

(SEZIONE MONOGRAFICA:
L'immagine del counselor)

# L'immagine del counselor secondo gli utenti potenziali

Renata VIANO, Vassilissa VERGA
Università di Torino

ABSTRACT - *The image of counselor according to prospects* - We conducted a pilot qualitative research with a sample of 32 Italian adults equally distributed on the basis of sex, age and education level. The 32 in-depth interviews have been transcribed and submitted to content analysis. Data collected show that counseling is a rather vague concept, which is considered more or less as a generic part of the extensive family of psychological or psychiatric or psychotherapeutic basic activities. Subjects approached are not able to work any particular technical distinction between these various professionals: neither in terms of theoretical vision nor in terms of skills involved. Some declare even needing to know more about the differences between the various professional mental health services. Invited to define in some way the image of counseling, subjects imagine a faster and less intrusive work than the work of a real psychotherapist-psychiatrist. The counselor, compared to other mental health professionals, is seen essentially as a support and as an help rather than as a form of medical assistance or para-medical intervention. - KEY WORDS - Counselor, Image, Italy, Prospects.

RIASSUNTO - E' stata condotta una ricerca clinico-sociale pilota, presso un campione di 32 adulti italiani equamente distribuiti in base al sesso, all'età e al livello di istruzione. I 32 colloqui in profondità sono stati trascritti e sottoposti ad analisi del contenuto. I dati raccolti evidenziano che il counseling rappresenta un concetto piuttosto vago, che appartiene più o meno all'ampia famiglia delle attività psicologiche o psichiatriche o psicoterapeutiche di base. Il campione avvicinato non si ritiene in grado di operare nessuna particolare distinzione tecnica tra queste varie figure: né sul piano teorico né sul piano delle competenze coinvolte. Alcuni dichiarano anzi di voler conoscere di più sulle differenze tra i vari professionisti dei servizi d'aiuto. Dovendo definire in qualche modo l'immagine del counseling, il campione immagina un intervento relativamente più rapido e meno intrusivo di quello psicoterapeutico-psichiatrico vero e proprio. Il counselor, rispetto ad altri professionisti della salute mentale, viene visto in sostanza come un supporto e un elemento d'aiuto, più che come l'operatore di un intervento medico o para-medico. - PAROLE CHIAVE: Counselor, Immagine, Italia, Utenti potenziali.

## Premessa

La crescente diffusione del counseling ha stimolato alcune indagini e ricerche tese a definire i contorni di questa pratica, ormai tanto diffusa quanto poco conosciuta nelle sue specificità. Mentre la dimensione della consulenza psicologica alla persona sta guadagnando sempre più terreno anche nella professioni psicologiche italiane (Perussia e Viano, 2006).

Esiste ormai da molto tempo un'ampia letteratura scientifica in tema di counseling (come primo riferimento: Borgen, 1984; Betz e Fitzgerald, 1993; Corey, 1995; Todd e Bohart, 1999; Brown e Lent, 2000; Gelso e Fretz, 2000).

Sono state pubblicate pure alcune ricerche sulla immagine del counseling e delle professioni psicologiche e d'aiuto soprattutto negli Stati Uniti e in Gran Bretagna (Strong, Hendel e Bratton, 1971; Tinsley, Workman e Kass, 1980; Murstein e Fontaine, 1993; Dixon, Vrchopoulos e Burton, 1997; Psychology Today, 2004).

Non si sa però molto sulla immagine del counseling in Italia. Abbiamo perciò deciso di condurre una ricerca per raccogliere alcuni primi dati relativi alla conoscenza, alla percezione e alle opinioni sul counseling da parte di quanti rappresentano l'utenza potenziale del counseling stesso.

In altre parole, abbiamo cercato di guardare il counseling attraverso gli occhi della gente comune, dei "non addetti ai lavori". Abbiamo cercato quindi di scattare una prima istantanea per inquadrare il counseling con l'occhio dell'utente potenziale.



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

## Metodologia

Per realizzare tale nostra ricerca preliminare sul vissuto che il pubblico ha del counseling, abbiamo utilizzato una classica metodologia di ricerca qualitativa definibile come ricerca clinico-sociale o indagine in profondità, sviluppata tenendo conto delle più recenti indicazioni disponibili in letteratura sulla ricerca qualitativa in psicologia (Richardson, 1996; Ricolfi, 1997; Cicognai, 2002; Mazzara, 2002; Cardano, 2003).

Sono state condotti 32 colloqui in profondità, utilizzando lo strumento dell'intervista psicologica. I 32 colloqui sono stati condotti con l'ausilio di una traccia di argomenti semi-strutturata.

Quest'ultima si articolava in quattro parti principali: 1) descrizione generale del concetto di disagio; 2) il concetto della relazione d'aiuto e le caratteristiche degli attori coinvolti; 3) la psicologia, gli operatori e le strutture deputate ad affrontare il disagio; 4) il counseling vero e proprio, in tutti i dettgli possibili.

Gli stimoli proposti dal ricercatore che realizzava i colloqui si configuravano come domande aperte. Ovviamente: non vi erano risposte giuste o risposte sbagliate; per cui il soggetto aveva completa libertà di espressione.

Lo psicologo si limitava a stimolare la persona a parlare in generale, o a chiedeva specificazioni ulteriori della risposta. La traccia utilizzata nella conduzione dei colloqui è stata la medesima per tutti i soggetti.

Sul finire del colloquio (e solo allora), dopo avere approfondito adeguatamente la descrizione spontanea del counseling e di tutti i relativi annessi e connessi, si è proceduto a rilevare la percezione di questo tipo di supporto sottoponendo alle persone il seguente stimolo pre-stampato, che veniva letto ad alta voce: "*Il counseling è una nuova forma di relazione d'aiuto che è per alcuni versi simile all'approccio psicoterapeutico, ma per altri se ne distanzia, poiché il counseling si occupa di problemi più specifici e circoscritti, del qui e ora, aiutando il cliente a far emergere le proprie risorse per compiere una scelta o per cercare la soluzione di un problema*".

I soggetti sono stati scelti in modo che fossero equamente distribuiti in base al sesso, l'età e il livello di istruzione (seguendo un criterio casuale). Due domande filtro d'apertura (età e titolo di studio), hanno permesso la selezione delle persone. Il colloquio poteva quindi procedere solo nel caso in cui la persona rispondesse ai requisiti prestabiliti.

La struttura definitiva del campione utilizzato per la rilevazione è la seguente: 32 soggetti, di cui 16 uomini e 16 donne. Tanto i 16 uomini quanto le 16 donne, erano suddivisi al loro interno nella misura di: 8 persone fra 18 e 35 anni d'età e 8 persone tra 23 e 80 anni d'età. L'Età media dei soggetti avvicinata è stata di 44 anni.

Si tratta chiaramente di un campione assai ridotto, ma corrispondente agli usi che ricorrono nella ricerca psicologica internazionale per ricerche esplorative di questo tipo. Non abbiamo del resto l'obiettivo di realizzare una ricerca rappresentativa della popolazione da un punto di vista statistico, ma solo di inquadrare i grandi temi in gioco per fondare eventuali ricerche future.

La ricerca è stata effettuata a Milano e Provincia, tra la fine del 2005 e l'inizio del 2006. I colloqui in profondità sono stati registrati su nastro magnetico. Successivamente sono stati trascritte integralmente per eseguire l'analisi del contenuto su di esse.

Ogni colloquio è stato condotto faccia-a-faccia tra ricercatore e soggetto; ciascuno per una durata di circa un'ora e mezza.

## Risultati

I risultati vengono presentati alternando una sintesi di quanto espresso del campione con alcuni brani trascritti direttamente e letteralmente dalla trascrizione dei colloqui, che vengono riportati tra virgolette in corsivo.

### IL DISAGIO

Partiamo dalla definizione del concetto di disagio che è stato il primo argomento esplorato, e utilizzato anche per "riscaldare" i rispondenti:

In prima istanza è possibile affermare una difficoltà da parte dei soggetti a fornire una precisa definizione e descrizione del temine disagio.

Con il procedere delle discussioni emergono temi ricorrenti che definiscono il disagio come qualcosa di associato a fatti esistenziali.

Il disagio viene descritto attraverso concetti come: non adattamento, inadeguatezza, difficoltà a livello sociale, diversità, non sentirsi all'altezza, malessere, spiacevolezza e difficoltà.

Come ben spiegato dalla viva voce delle persone:

*"Disagio è una persona che non si adatta ai diversi contesti"; "Può essere disagio a livello di come posso dire…non accettazione del sé o anche comunque difficoltà a livello sociale"; "Disagio…è sinonimo di malessere"; "Disagio…lo stato di disagio è…è un sentimento di…può essere di inadeguatezza"; "può essere un disagio a livello mentale psicologico quin-*

*di proprio di una persona…del malessere di una persona".*

Appare quindi che la parola disagio pure non meglio declinata faccia pensare ad una condizione dell'anima più che del corpo.

Infatti, tendenzialmente, alla domanda di che cosa si intende per disagio psichico le persone tendono a dare le stesse definizioni utilizzate per il disagio in generale, come se appunto nella maggioranza dei casi "il disagio" evocasse immediatamente qualcosa che sta all'interno di noi stessi ma che è impalpabile, mentale, dell'anima, dello spirito o comunque niente di localizzabile in un punto preciso del corpo:

*"In sostanza ritengo che si tratti di un malessere";"penso a un non star bene con se stessi proprio un non sentirsi in pace con se stessi";"Quando non ti senti all'altezza di affrontare una situazione".*

C'è qualcuno però che per differenziare il concetto specialistico di "disagio psichico" da quello generico si lancia in descrizioni che si avvicinano maggiormente al concetto di malattia mentale. Come fosse un continuum che partendo dal disagio sinonimo di malessere "blando" via via diviene più grave per approdare al polo del disagio psichico come indice di malattia mentale:

*"Disagio psichico può essere di persone che vivono…portatori di forme di psicosi gravi";"Disagio psichico penso a delle malattie mentali";"Disagio psichico…non so può essere una depressione";"è una malattia più a livello psicologico ed emotivo".*

Il concetto di disagio percepito grave o meno grave si collega nella mente dei soggetti più in generale al tema della tollerabilità e di come farvi fronte.

Secondo il parere del campione infatti esiste, e anzi è fisiologico, un disagio per così dire tollerabile con il quale si può convivere perché è sopportabile (*"Ci sono problematiche che possono essere in qualche modo superate, più vivibili cioè si riesce a convivere meglio, sono cose più normali e leggere")* mentre ci sono altri momenti della vita in cui il disagio diventa un fardello troppo pesante e insopportabile, (*"Intollerabile è quello che mi mette di fronte a una possibilità che io non accetto che io non posso accettare")* ed è qui che bisogna farvi fronte, è in questi casi che si chiede aiuto.

Si, ma a chi?

Per i i soggetti, il primo riferimento spontaneo che viene in mente pensando di voler chiedere aiuto sono gli amici e i famigliari (intesi come famiglia di origine non tanto il partner). Questi sono rapporti fondamentali che durano tutto l'arco della vita e perciò sono i primi a cui si pensa quando si ha bisogno.

GLI OPERATORI DEL DISAGIO

In seconda istanza per porre rimedio ad uno stato di disagio vengono in mente gli operatori e le strutture di settore.

Sul palcoscenico mentale del campione: psicologo, psichiatra, psicoterapeuta, psicoanalista, sono figure professionali spesso confuse tra loro o meglio le cui differenze e specificità non sono chiare. Si pensa di rivolgersi ad essi solo in caso di gravità del disagio o presunta tale secondo una qualche metrica del tutto soggettiva.

In questo insieme la figura che meglio si staglia sullo sfondo dell'offerta psicologica, cioè quella che maggiormente si differenzia è lo psichiatra.

Nel senso che si è più propensi a credere che lo psichiatra si occupi delle situazioni più gravi quelle che necessitano di una cura farmacologia per essere affrontate.

Mentre lo psicologo è colui che cura con la parola e che questo tipo di sostegno sia più adatto a situazioni di disagio più lievi.

Per tornare al continuum su cui abbiamo collocato il disagio troviamo sul polo di sofferenza leggera e tollerabile gli amici e la famiglia come attori di sostegno, man mano che il disagio si fa più pesante da gestire da soli o entro la cerchia delle persone più strette, lo psicologo che viene in aiuto, e quando le difficoltà determinano un quadro di grave sofferenza (l'altro polo del continuum) ecco allora si approda allo psichiatra che somministra il farmaco:

*"Per quanto ne so io se stai male vai…da uno psicologo o peggio a uno psichiatra";"Più che altro penso che possa rivolgersi a uno psicologo…se poi non gli basta può andare da uno psichiatra".*

E comunque anche quando venga ritenuto necessario appellarsi alla psicologia si incappa in una notevole difficoltà a capire quale tipo di professionista interpellare e a quale struttura rivolgersi:

*"Famiglia…gli amici se li ha…forse c'è qualcosa nel pubblico"; " come strutture nel pubblico non ho esperienza in merito quindi non mi esprimo";"non so quale struttura prendere in considerazione perché non conosco le professionalità all'interno delle strutture..mi viene da pensare al nucleo familiare al nucleo amicale poi eventualmente allargato a un…esperto…una struttura";"immagino a uno*

*psicologo o a uno psichiatra";"da uno psicologo e più nello specifico da uno psicoanalista".*

CARENZA DI INFORMAZIONI

La difficoltà secondo una parte del campione sta anche nell'accedere alle informazioni, in altre parole anche ammesso che uno si voglia rivolgere allo specialista (sia esso uno psicologo o uno psichiatra) non sa come fare, a chi rivolgersi, dove cercare. Pare che gli operatori della psicologia non siano abbastanza pubblicizzati, che la "psicologia" in generale non comunichi abbastanza e non riesca a raggiungere tutti e che quindi non si faccia trovare facilmente:

*"Per un povero cittadino qualsiasi è un po' difficile…se hai delle conoscenze con qualcuno le cose sono molto più facilitate";"secondo me no…non è così semplice nel senso che sono poco pubblicizzate";"sta migliorando la questione…ma secondo me dovrebbero esserci più informazioni inerenti a questo tipo di struttura…";"Per chi non è del settore forse no…immagino che molte persone non sappiano neanche dell'esistenza di certe strutture".*

Chi invece tra i soggetti ritiene che attualmente non è un problema per un potenziale fruitore di psicologia trovare la figura professionale o la struttura di cui ha bisogno, indica internet come il canale privilegiato per ottenere queste informazioni. In alternativa, dicono, ci si rivolge al medico di base in grado di indicare qualcuno, o seguire i consiglio di un amico fidato. Invece per quanto riguarda la struttura la cosa più semplice è rivolgersi alla ASL:

*"Penso attraverso Internet sì…perché si trova tutto su Internet";"sì abbastanza facile…credo che non sia più un problema…anche le ASL sono accessibili a tutti…penso che l'ASL sia a conoscenza di tutto quanto possa essere utile e di supporto";"tramite conoscenze…puoi anche prendere degli opuscoli informativi…anche tramite il tuo medico di base puoi sicuramente accedere a uno psicologo";"presumo che la prima persona da contattare sia il proprio medico".*

Il tema dell'informazione allarga la visuale sui canali di comunicazione di massa e sul loro rapporto con la psicologia in azione. Secondo i soggetti la psicologia parla attraverso i mass media, utilizzando soprattutto la TV ma anche i giornali. Tendenzialmente l'atteggiamento suscitato da ciò che si vede in TV desta forti critiche negative da parte delle persone. Dicono che vengono trattati temi in modo poco realistico, temi banali, in modo superficiale o storie tremende in cui per fortuna la maggior parte degli spettatori non si identifica; e in ogni caso le trasmissioni in cui la psicologia si manifesta non danno informazioni utili ai potenziali utenti:

*"Bruttino il pubblico televisivo ultimamente anche perché è lo specchio delle trasmissioni che si vedono ultimamente";"In televisione non molto…sui giornali sì…le lettere agli psicologi…però qui la psicologia è a livelli molto bassi";"penso che ne parlino in modo piuttosto superficiale…in genere si dice che c'è questo disagio oppure si fa vedere una storia tremenda…non è che vengono reclamizzate le strutture oppure si parli molto di strutture precise a cui rivolgersi".*

Se non altro il merito riconosciuto ai mezzi di comunicazione di massa è certamente quello di socializzare il largo pubblico al fatto che l'agire psicologico esiste e che in qualche modo è una cosa normale:

*"Quanto meno cercano di sensibilizzare l'opinione pubblica";"l'intenzione dei media è quella di rivolgersi a un pubblico vastissimo…a tutto il pubblico".*

Alcune persone puntualizzano tuttavia che i media, specialmente la televisione, sembra rivolgersi maggiormente a certi tipi di situazioni problematiche come ad esempio quelle del disagio giovanile:

*"Molto si parla del disagio dei giovani"; "forse se si tratta di disagio giovanile con i genitori".*

RELAZIONE D'AIUTO E FIDUCIA

Parlando più specificatamente di relazione d'aiuto i soggetti immediatamente la fanno coincidere con il supporto offerto da relazione umane soddisfacenti soprattutto, come abbiamo già detto, quelle instaurate con famigliari e con gli amici intimi:

*"ad alleviare la sofferenza può essere prima di tutto chi ti sta intorno…i parenti gli amici";"la famiglia sempre e comunque".*

L'intimità è infatti una variabile importante per poter eleggere qualcuno a sostegno, per potersi fidare e affidare ma non solo; sono importanti anche caratteristiche quali la vicinanza e l'affetto. Solo qualcuno dei soggetti associa spontaneamente il

concetto di relazione d'aiuto alle figure professionali che operano nel settore psicologico e il partner.

Perché si possa istaurare una relazione d'aiuto bisogna che chi avverte il disagio sia da un lato in grado di aprirsi con qualcuno e dall'altro di riconoscere di aver bisogno di aiuto.

Delle due azioni la prima è sicuramente quella più famigliare, la più naturale e condivisa dalla maggior parte del campione.

Infatti sostengono che è fondamentale poter esternare il proprio stato di disagio a qualcuno, sfogarsi, che magari non risolve ma aiuta moltissimo, aprirsi a qualcuno è considerata una specie di messa a terra, un modo per chiarirsi le idee:

*"Allora aprirsi in senso stretto secondo me è essenziale…sicuramente aprirsi aiuta se non altro perché nel chiarire le cose nel cercare di spiegarle in modo dignitoso a qualcuno le si spiega per primi a se stessi";"non è curativa ma sicuramente aiuta";"questo sì…tenere dentro penso che sia la cosa peggiore";"fondamentale…è il primo passo verso la guarigione";"Sì può attenuare…il fatto psicologico sai di condividere il dolore…condividere il dolore è già metà dolore".*

Accettare di aver bisogno di aiuto sta un "gradino" di consapevolezza più in alto. Richiede la abilità di mettere a fuoco un proprio problema, quello di esperire un disagio, e l'incapacità di venirne fuori da soli e quindi il bisogno di farsi aiutare:

*"Fondamentale…se non lo capisci non serve a niente farsi aiutare";"certamente siamo sordi all'aiuto se non lo vogliamo";"questa forse è la cosa più difficile per chi ha un problema di quel genere…però sicuramente aiuta tantissimo";"secondo me è già un gran passo avanti riconoscere di avere bisogno di aiuto…prendi coscienza della situazione";"l'accettazione…la consapevolezza di avere bisogno di aiuto è il 90% fatto";"cioè secondo me è proprio la prima fase il primo passo da fare se non c'è quello secondo me non si può aiutare comunque una persona".*

RIVOLGERSI AD UN PROFESSIONISTA

Ma allora quali problemi potrebbero indurre a rivolgersi ad un esperto? La risposta del campione fornisce un quadro che ruota attorno, da un lato al rapporto con se stessi (io e la percezione di me stesso):

*"Un'insicurezza tua per quello che fai…magari se non ti senti realizzato…in tutto…in campo lavorativo…amoroso" ; "essere insoddisfatto della vita"; "sentire che la vita tutti i giorni è uguale non ti offre nulla…cioè la delusione totale su se stessi e sul mondo intero… ".*

Dall'altro e soprattutto alle difficoltà relazionali "con gli altri" (la famiglia, i colleghi, il partner, gli amici), si parla di: abbandono, separazione, e tutti quegli eventi che segnano negativamente la vita di un individuo in connessione agli altri:

*"Se una persona ha una famiglia può avere problemi in famiglia…se un ragazzo è giovane può avere dei problemi riguardo allo stare a contatto con la gente…problemi sentimentali";"Non lo so potrebbe essere qualcosa che impaccia profondamente la sua vita relazionale…che gli causa problemi nel lavoro…nella sfera affettiva…nei rapporti con gli altri…problematiche a sfondo sessuale piuttosto che a sfondo relazionale…non so una gelosia eccessiva…incapacità di stare con gli altri"; "per esempio i disagi familiari perché magari hai alle spalle una famiglia non felice con dei problemi…disagio tuo personale perché non ti senti accettato per vari motivi o…sofferenza a livello affettivo";"le cose più tipiche sono gli abbandoni in tutte le forme…abbandono sentimentale…la morte di qualcuno…la separazione";"direi problemi di separazione…problemi di comunicazione e di relazione".*

Nell'ottica di indicare i problemi che potrebbero indurre a rivolgersi ad uno psicologo o psichiatra, vengono anche citati termini, usati molto frequentemente per definire situazioni di disagio entrati ormai a far parte del linguaggio comune (grazie anche ai mass media), tal volta in assenza di una esatta conoscenza del loro significato in campo scientifico, i termini sono: depressione, ansia e ossessioni:

*"Problemi depressivi derivanti da relazioni anche d'amore di coppia difficoltose…stati depressivi derivanti dal lavoro o da stress di ogni genere" ;"problemi come depressione e schizofrenia…quantomeno la depressione perché è la più conosciuta mediaticamente";"soffrire che ne so di ansia di depressione";"delle forti depressioni";"possono essere dei malumori psicologici…una semplice depressione se poi viene riconosciuta come depressione o meno e anche quelli che possono essere disagi alimentari";"soffrire che ne so di ansia di de-*

*pressione";"stati di ansia"; "problemi…mah…non mi viene in mente niente…depressione…la prima cosa che mi viene in mente è la depressione direi che in questo periodo…nella società penso che sia la cosa più ricorrente";"secondo me sono anche quelle persone che si sentono perseguitate…che magari hanno ossessioni che sono un po' maniacali le persone che si lavano le mani 20.000 volte al giorno".*

L'IMMAGINE DELLA PSICOLOGIA

Abbiamo chiesto ai soggetti che cosa a loro giudizio ha in mente la gente quando pensa alla psicologia. Le risposte ruotano attorno al concetto di diffidenza. Pensano che ci sia molta ignoranza (nel senso proprio di non sapere che cos'è) che si traduce il più delle volte in un pregiudizio negativo, oppure in scetticismo. Insomma la psicologia sembra spaventare poiché nell'immaginario del campione avere a che fare con questa disciplina significa sotto sotto sospettare di essere "matti".

La psicologia è qualcosa che si occupa di ciò che in qualche modo devia dal normale, è qualcosa che intrude nella tua vita o più precisamente nella tua mente e ti "strizza-il-cervello".

La psicologia ha a che fare con l'occulto che non si capisce bene e da cui comunque, in fondo è meglio stare alla larga. Insomma: che la psicologia si occupasse pure dei pazzi e stia lontana dalla gente normale!

*"Riguardo alla psicologia…l'opinione della gente riguardo ai dottori oppure ai pazienti è che uno è mezzo matto…il rapporto con la psicologia è sempre un po'…occulto";"può essere di diffidenza o di distacco";"c'è molta diffidenza e anche molta paura…molta paura secondo me di capitare con persone che possano invece che aiutarti complicarti le cose…insomma è un terreno molto pericoloso quello della psicologia";"ma vedendo anche un po' l'ambiente della scuola in cui insegno i genitori eccetera…c'è anche molto sospetto…non c'è spesso la percezione che si tratti di relazione d'aiuto…spesso per esempio i genitori credono che inviare i loro figli dallo psicologo significhi ammettere la loro problematicità o addirittura la loro diversità rispetto alla media…quindi credo che questo atteggiamento sia piuttosto diffuso";"vedo che quando ne hanno bisogno la rivalutano…se non ne hanno bisogno c'è quella ironia che pervade la categoria…strizzacervelli e via dicendo";"penso che non sia ancora valutata nella maniera giusta…non credo che sia una scienza ancora…non credo che sia come la medicina";"secondo me c'è ancora molta ignoranza…nel senso di non conoscenza…ci sono pregiudizi e scetticismo".*

Qualcuno apre però uno spiraglio alla psicologia dicendo che qualche passo avanti verso l'integrazione e accettazione della psicologia da parte dell'opinione pubblica comincia a intravedersi.:

*"Io ho visto che c'è un avvicinamento alla psicologia…forse prima era un argomento più tabù";"io credo che ci sia stata un'evoluzione che adesso la gente capisca di più…fino a diciamo trenta quarant'anni fa era giudicato un po' come quando uno ha bisogno del manicomio";"Secondo me affascina un po' tutti la psicologia";"secondo me è più positiva che negativa";"mi sembra che la gente ci creda…penso che abbia abbastanza fiducia perché pensa di sentirsi dire determinate cose".*

I soggetti cercano di spiegare quali sono secondo loro le motivazioni delle riserve alla psicologia agite dal vasto pubblico. Queste andrebbero ricondotte ad una generale e istintiva paura per le cose non note, in un'equazione del tipo: non conosco quindi potrebbe essere dannoso ergo temo perciò evito.

Inoltre vi è un vissuto un po' magico del fatto psicologico, ovvero lo psicologo è colui che ti legge nel pensiero, che sa chi sei da come ti muovi e allora potrebbe anche capire cose tu intime "inconfessabili" o delle quali si ha pudore. Ed ecco che sembra strano aprire in proprio mondo interno ad un estraneo, visto che quando se ne sente il bisogno come abbiamo visto si cerca una persona vicina, intima alla quale confessare le proprie sofferenze. Tutto questo crea confusione e una certa ambivalenza nella gente rispetto alla psicologia:

*"Le riserve derivano anche dal fatto di tirare fuori delle cose personali a una terza persona che in qualche modo potrebbe giudicare…le paure derivano da questo";"l'insicurezza della persona di poter parlare dei suoi problemi…io penso che si faccia fatica a esprimere a una persona estranea i propri problemi";"sulla diffidenza incide il livello culturale…sull'apertura incide il livello di disagio";"è diafana come pratica forse…tuttora è considerata ancora una non scienza"; "secondo me il punto è che la gente è ancora ancorata a concetti posticci e del tutto semplicistici…per cui tutto ciò che eventualmente si sottrae…a questa vaga etichetta diventa qualcosa di cui si ha paura…quindi lo psicologo è lo strizzacervelli…";"la non conoscenza…direi";"non so cattiva informazione oppure la gente non si rende conto che uno psicologo non è che*

*cura solo i pazzi…anche parlare già quello è un aiuto";"la gente comunque è spaventata dall'ignoto".*

Un dato interessante è che il campione reputa, forse un po' proiettivamente, che l'opinione pubblica sia diffidente per quanto riguarda la psicologia; mentre si esprime a favore di questa per quanto riguarda se stessi, dimostrando anche un interesse ad approfondirne e svilupparne la conoscenza.

E ancora afferma, che in caso di necessità non avrebbe timore di rivolgersi a uno psicologo:

*"Riguardo la psicologia penso che sia una disciplina estremamente interessante…penso che ognuno di noi dovrebbe praticare in qualche modo della terapia psicologica";"io sono d'accordo…di andare se ho bisogno dallo psicologo";"é ovviamente utile…necessaria in certe situazioni con limiti e pregi…usarla ma non abusarne";"la psicologia è un campo che mi interessa e se dovessi mai avere problemi non avrei dubbi sull'andare da uno psicologo";"posso dire che io ho avuto esperienza da uno psicoterapeuta…quindi penso che quando uno ne ha bisogno può essere un grande aiuto…può essere anche in sostituzione degli psicofarmaci…quindi ne penso bene";"penso che possa essere un mezzo per riuscire a capire dei problemi che ci sono senza appunto dover per forza temere di avere delle patologie";"sì io considero la psicologia una disciplina umana di altissima dignità";"devo dire che sono interessato…nel mio piccolo ogni tanto leggo delle cose".*

Alcuni tra i soggetti dichiarano infatti con tranquillità di essere andati dallo psicologo almeno una volta o in generale di avere esperienza in questo campo:

*"Una figura nella mia vita di psicologo l'ho avuta";"io ho avuto esperienza da uno psicoanalista e ritengo che possa essere sicuramente un sostegno per affrontare alcuni tipi di disagi".*

Risulta essere fondamentale una collaborazione stretta tra il medico e lo psicologo. Nella visione dei rispondenti infatti non si può scindere il problema fisico da quello psichico:

*"Positiva…perché si può avere un quadro generale della persona completo";"possono arrivare a collaborare e forse sarebbe necessario…soprattutto perché quando una persona ha un disagio fisico ha bisogno anche di un supporto psicologico forse";"molto spesso i medici hanno bisogno degli psicologi perché sono molto carenti nell'aspetto relazionale con i pazienti secondo me";"abbastanza felicemente…tutti e due devono essere a un grado di intelligenza e di comprensione e di accettazione un po' vivace perché ci si ferma al medicamento alla chirurgia…le malattie non sono solo psichiche e non sono solo organiche…difficile interessante e molto utile";"la vedo bene perché sicuramente ci sono dei casi in cui i problemi psicologici si ripercuotono anche a livello fisico"; "dovrebbero essere professioni strettamente correlate";"direi che la vedo bene…perché a volte i medici peccano su certe cose…magari tendono a curare la malattia così com'è…la manifestazione della malattia…invece magari ha delle origini che sono profonde per cui lo psicologo potrebbe essere sicuramente di supporto";"la vedo positiva perché lo psicologo mette la sua parte di studio della mente…e poi il medico in base a quello…sai poi le malattie psichiche si riflettono sul fisico";"un ruolo fondamentale perché il medico ha bisogno di…cioè il paziente ha bisogno di stare bene prima di testa…secondo me molte malattie sono legate all'aspetto psicologico".*

## Psicologia pubblica e privata

Parlando di disagio e di relazione d'aiuto si è approdati alle strutture e figure professionali alle quali potersi rivolgere.

L'argomento relativo alla differenza tra ente pubblico ed ente privato nell'ambito sanitario disorienta il campione: alcuni ritengono di non avere abbastanza esperienza per rispondere, altri sostengono che non ve ne siano e che la capacità e la competenza dei singoli professionisti non dipendano dalla loro appartenenza a una struttura pubblica piuttosto che a una privata.

Coloro che sostengono la tesi che vi siano differenze queste sono di solito a favore dell'ambito privato, per quanto riguarda i ristretti tempi di attesa e la maggior attenzione posta al paziente rispetto all'ambito pubblico. La nota dolente sono però i costi che nelle strutture pubbliche sono certamente contenuti mentre in quelle private sono sensibilmente più alti. Ma ecco cosa ne pensano i soggetti:

*"Si va a colpi di fortuna…io penso che ci siano medici bravi nella struttura pubblica e medici bravi nella struttura privata…si tratta di sapere l'indirizzo giusto";"per me la differenza la fanno le persone";"non ho esperienza sufficiente per dirlo perché sto fortunatamente godendo di buona salute e non ho mai toccato con mano";"non so non credo*

*di avere una grande esperienza";"purtroppo sì e ovviamente in quelli privati sei più seguito"; "Ci sono le differenze che ci sono tra qualsiasi ente pubblico e privato della sanità…costi tempi professionalità"; "forse nella possibilità d'accesso"; "una differenza dal punto di vista economico"; "ma io mi rivolgerei a un istituto privato"; "in caso di bisogno…forse immagino a struttura privata"; "se avessi i soldi in quelli privati di sicuro…io ho fatto esperienza perché ho fatto volontariato in ospedale e ho visto che per esempio la sensibilità degli infermieri diminuisce"; "potendo al privato per non subire lungaggini e le burocrazie dell'ente pubblico";"enti privati se fossero meno cari…diciamo che negli enti privati stanno più dietro al paziente"; "io tendo a rivolgermi agli enti pubblici dove spero di trovare ciò di cui ho bisogno";"Ma io sicuramente all'ente pubblico";"Io penso che se uno fa bene il suo lavoro lo fa bene sia come pubblico che come privato".*

Possiamo perciò ritenere che all'occorrenza una parte del campione si rivolgerebbe ad una struttura pubblica poiché i costi sono bassi e sono fiduciosi di trovare professionisti seri; una parte si rivolgerebbe al privato perché i tempi di attesa sarebbero minimi e l'attenzione alla propria persona alta.

C'è ancora chi a priori non sa dove orientare la propria scelta e allora dichiara che si affiderebbe a un buon consiglio da parte di una persona fidata e/o esperta:

*"Ma non lo so…contano anche un po' le conoscenze le esperienze familiari""Io penso che andrei per vie di conoscenze…". "Ma probabilmente cercherei la persona giusta che sia in un istituto pubblico oppure privato…chiederei a una persona che mi sapesse dare un po' di sicurezza".*

L'IMMAGINE DEL COUNSELING

Se fin qui, tra i soggetti potenziali fruitori di servizi psicologici, c'è chi ha già chiesto aiuto ad uno specialista in un momento di disagio esistenziale, chi ammette che lo farebbe se ne avesse bisogno e chi invece ne prende le distanze risolvendo la questione con amici e parenti, e se la gran parte delle persone ha un'idea circa la psicologia, possiamo dire che sull'argomento counselig la questione è assai diversa.

Risulta che la netta maggioranza del campione, indipendentemente da età e titolo di studio, possiede una scarsa conoscenza del counseling. I soggetti che affermano di conoscerlo o di averlo già sentito nominare si trova in difficoltà quando deve descrivere che cosa il counseling è.

In linea generale, il counseling viene definito come uno strumento di supporto alla persona, più "leggero" di una psicoterapia:

*"Conosco il termine ma non so cosa sia"; "Counseling sì…molto vagamente…direi a spanne che è un'analisi un pochino più leggera"; "ho la sensazione di conoscerlo come una sorta di…versione light della psicologia…quindi un'attività un po' più leggera…non in caso grave…un po' di supporto"; "per quello che so io è un supporto psicologico su un problema specifico"; "immagino che sia un'attività di appoggio psicologico in situazioni di disagio";"sotto questa forma no…però so che ci sono…rapporti di tipo meno vincolanti formalizzati e impegnativi dell'analisi che si definiscono terapie di sostegno che possono essere molto utili laddove i casi di disagio non siano particolarmente gravi".*

Nonostante le idee poco chiare rispetto al counseling i soggetti hanno del counseling un'immagine positiva.

Molti di essi infatti affermano che, in caso di necessità, il counseling potrebbe suscitare un certo appealing, soprattutto dopo la descrizione letta dal ricercatore che abbiamo riportato nella metodologia.

Ecco, dalla viva voce del campione, cosa pensano di questa forma di intervento psicologico:

*"Sì a livello iniziale…la prima…fase di individuazione del disagio"; "per come l'hai descritto adesso l'unico periodo in cui mi sono fatto aiutare non era altro che questo…quindi sicuramente sì"; "in caso di necessità sì"; "sì soprattutto non avendone mai sentito parlare è una cosa che potrebbe interessarmi";"quantomeno per esserne informato"; "mi orienterei anch'io se fossi della tua età verso il counseling…è una cosa più ragionata più dolce più graduale"; "sì in caso di necessità sì…penso che in caso di necessità uno cerchi di guardare quello che più gli può andare bene"; "ma certo se è una cosa breve che però raggiunge effetti validi senz'altro"; "sì se è una soluzione più breve".*

Portando il discorso sull'impatto che il diffondersi di questo tipo di intervento potrebbe avere sulla gente, si nota come vi sia una grande differenza rispetto alla domanda speculare effettuata in merito alla psicologia. Se la psicologia, secondo il parere del campione, suscita nella gente principalmente resistenze e sentimenti negativi, il counseling potrebbe

secondo molti, ricevere un'accoglienza favorevole da parte della collettività, salvo una buona informazione sulla materia:

*"Se presentato bene potrebbe avere un bell'impatto"; "penso che possa avere un impatto positivo dopo che la gente è stata educata in proposito…può essere positivo dopo che c'è stata un'informativa precisa"; "sarebbe una cosa nuova…una terminologia nuova…penso che la gente potrebbe avere un'opinione positiva se ben informato"; "io credo che ci sia un minimo di evoluzione mentale…forse la gente lo accetta…bisogna capirlo però"; "si tratta di comunicare che cosa significhi…cosa sia"; "forse se la gente comprendesse cosa fa potrebbe essere utile".*

In base alle risposte si evince che gli aspetti del counseling che attirano maggiormente sono i tempi più ristretti, l'idea che si concentri sul qui e ora e che sia meno intrusivo di una psicoterapia; quasi un buon consiglio per come l'hanno inteso alcuni:

*"se ti aiuta a risolvere dei problemi quotidiani ben venga"; "ma non so…io ti ripeto non ne ho mai sentito parlare però forse una cosa che ti dà risultati un po' più immediati piuttosto che pensare di fare 10 anni di terapia magari può interessare"; "io penso positivo perché in effetti a volte un buon consiglio o essere indirizzati su una decisione può essere utile a prescindere da un rapporto di tipo terapeutico come la psicoanalisi"; "penso positivamente perché penso che ci siano tanti momenti di disagio anche specifico per cui ci vorrebbe un supporto"; "credo che per alcune persone possa essere positivo perché magari uno non deve essere costretto a raccontare periodi della propria vita che non vuole tirar fuori…cose di cui si vergogna…in questo momento soffro per questa cosa aiutami su questo…magari non aiuta completamente…però mi risolve il problema".*

È da sottolineare che, come espresso da più persone, l'avvicinamento da parte del largo pubblico, alla psicologia potrebbe avvenire proprio grazie proprio al counseling: come se il counseling fosse un ponte (che fa meno paura) tra l'individuo e la psicologia:

*"In alcuni casi potrebbe creare ulteriore curiosità…tanti sono curiosi rispetto a questa materia…la psicologia conoscere se stessi in profondità e quindi probabilmente il fatto di divulgare questa nuova tecnica potrebbe far avvicinare altre persone"; "potrebbe…anche essere una svolta verso un'altra strada della psicologia…potrebbe attirare anche più persone…magari vedono sotto un altro aspetto lo psicologo"; "potrebbe vedere lo psicologo più come una figura naturale…invece che nel suo classico ufficio sulla poltrona…penso che possa aiutare le persone ad avvicinarsi di più"; "perché non viene più vista come malattia mentale e quindi potrebbe essere una cosa che aiuta la gente ad avvicinarsi"; "sì può aiutare sicuramente per piccoli problemi o comunque ad avvicinarsi"; "positivo perché magari viene vissuto meno come un accettare una propria devianza o una propria problematicità paurosa ma semplicemente come consigli di qualcuno che ti può aiutare"; "in confronto al counseling c'è un'idea che può essere sicuramente più preoccupante…andare dallo psicologo si pensa che sia una cosa più drammatica…ma sicuramente più chiara…il counseling è quasi sconosciuto come approccio";"forse magari chiamandolo counseling spaventa meno della psicologia".*

Alcuni considerano, pur ammettendo che il counseling può davvero divenire un ammortizzatore tra individuo e lo "Psi" nelle sue varie declinazioni, che il fatto di aprirsi a nuove conoscenze e l'idea di sperimentare in generale appartengono ad un modo di fare molto personale, dettato dall'esperienza, dalla cultura e dal modo di ciascuno di dialogare con il mondo:

*"Anche lì è soggettivo…dipende da come ognuno è cresciuto in che ambito…com'è la situazione familiare…come sono gli amici il lavoro"; "dipende dall'apertura mentale della gente"; "io trovo che chi sia predisposto ad accettare determinate cose possa accoglierle entusiasticamente o al contrario…no"; "ma io credo che tanti secondo il livello di cultura e di intelligenza"; "ma io penso che ci siano persone predisposte ad accettare una forma simile…però poi non so quanto effettivamente lo vogliano per un motivo oppure per…insomma quanto lo vogliano per un motivo valido collegato al problema oppure per un po' di fashion"; "sicuramente in alcune realtà può essere ben colta e apprezzata…in altre meno".*

L'impiego del counseling nei vari ambiti della nostra società ottiene l'approvazione della maggior parte dei soggetti. Alcuni di essi articolano la risposta nel tentativo di fornire una chiarificazione relativa al proprio consenso.

All'interno di quest'ultimo gruppo si possono identificare tre diverse considerazioni: l'intervento

di counseling è considerato meno gravoso per il suo approccio più lieve al problema; è un aiuto per affrontare e superare le difficoltà insite nella nostra società; è un buon supporto, ma non esclusivo, in quanto l'individuo deve prima di tutto contare sulle proprie forze.

Ecco la viva voce del campione:

*"Direi di sì…ah bello…una struttura di appoggio se vogliamo un po' più superficiale rispetto a una psicoanalisi che però per vie traverse può migliorare…può essere anche giusto perché magari uno non tutti hanno la possibilità oltre che la voglia di andare avanti per anni a curarsi mentre la persona media che ha problemi può trovare…un aiuto"; "utile…sì credo che qualsiasi cosa possa avvicinare la gente alla psicologia in maniera abbastanza soft sia utile a risolvere i problemi dei pregiudizi e dei luoghi comuni"; "certo anche perché non c'è un servizio che si occupa di tutto"; "sì secondo me sì perché siamo una società di gente sfruttata"; "penso di sì…con l'evoluzione della nostra società in cui tutti dipendono dagli altri e nessuno dipende da se stesso";"penso che potrebbe essere utile perché no…ad avvicinarsi a riconoscere i problemi";"Sì…può aiutare ma è bene che le persone a certi problemi arrivino facendo uno sforzo anche personale…cioè non in modo esclusivo però può essere un buon supporto";"per migliorare sì però io sono convinto che bisognerebbe avere più forza di volontà per risolvere ognuno…se io ho un problema…non so al lavoro cerco di risolverlo…prima di andare a chiedere consiglio a qualcun altro e quindi sì può servire".*

Analizzando l'ultima domanda si nota che i campi che necessitano di intervento sono quelli più legati alla vita quotidiana e che costituiscono le fondamenta del benessere dell'individuo: in generale i rapporti interpersonali e più nello specifico la famiglia, la scuola, il lavoro, il rapporto di coppia.

Nella scala dei valori segue la sanità, focalizzando l'aiuto al malato terminale e alla sua famiglia come l'obiettivo più urgente:

*"la famiglia e i figli nel rapporto con i genitori…è la cosa fondamentale…se uno ha bisogno la maggior parte delle volte riguarda la famiglia"; "sulla famiglia sulla famiglia in generale"; "sicuramente la famiglia…io metterei al primo posto la famiglia…e poi le aziende…anche la scuola…diciamo che sono le tre cose che individuo che hanno più bisogno";"la famiglia…la scuola…i rapporti interpersonali perché vedo tutta la gente molto chiusa non esistono più i rapporti interpersonali";"per chi ha grossi problemi di famiglia…per la famiglia potrebbe fare molto…perché ultimamente ci sono sempre più famiglie disastrate"; "penso nel rapporto genitori e figli…rapporto perché no anche può darsi marito e moglie in ambito familiare coniugale o anche rapporti difficili di un insegnante con la propria classe o rapporti che qualcuno nel lavoro possa avere con altri…tensioni sul posto di lavoro"; "penso nelle relazioni interpersonali…per esempio problemi di famiglia figlio genitore…soprattutto problemi interpersonali magari dove non c'è tanta comunicazione molti discorsi vengono accantonati"; "penso in ambito scolastico forse perché quando si è un po' più adulti si ha più esperienza e voglia di affrontare in modo diverso le cose…lo vedo più per gli adolescenti"; "nel settore aziendale sicuramente…per la coppia pure…nella scuola anche quantomeno come primo approccio"; "in ambito lavorativo…genitori con i figli che non hanno più polso rigore…cioè si fanno proprio scavalcare e anche in ambito della coppia dove magari c'è gente che si sposa e dopo due mesi si divide"; "gli ospedali sicuramente…stare tanto in ospedale ti porta ad avere bisogno di aiuto…le famiglie è chiaro che sono i posti dove rovini di più…e a scuola";"nelle famiglie sicuro…poi nell'ambito lavorativo e negli ospedali perché ogni volta che c'è il malato terminale bisogna assistere la famiglia…il malato stesso";"sicuramente quello ospedaliero…quello che dicevo prima delle persone che sono ricoverate soprattutto per le malattie terminali…ma anche per un supporto ai parenti".*

## Conclusioni

Il tema qui affrontato con gli strumenti della ricerca qualitativa merita certo di essere approfondito anche con tante indagini ulteriori. I dati che proponiamo in questa sede possono tuttavia rappresentare, pur con tutti i loro limiti, un buon punto di partenza per una riflessione sul counseling, e un'adeguata strategia d'azione, sulla pratica psicologica d'oggi in Italia.

Come si è potuto notare le risposte del campione sottolineano la centralità delle relazioni interpersonali rispetto alla loro vita. Gli affetti profondi e la relazione con gli altri sono elementi di stabilizzazione e sostegno ma sono anche gli ambiti che, proprio perché importanti, possono diventare in alcuni momenti della vita fonte di problematicità esistenziale.

Ed è soprattutto in questi frangenti che gli individui auspicano interventi chiarificatori e di supporto.

Sicuramente la Psicologia viene considerata sempre di più uno strumento a cui ricorrere in caso di difficoltà. E' da sottolineare però che nonostante l'occhio, tutto sommato benevolo, con il quale il campione guarda alla disciplina, essa non si è ancora completamente affrancata dall'alone di mistero e sospetto misto a timore ancora aleggiante nella mente delle persone.

I soggetti infatti (anche cercando di interpretare il vissuto del largo pubblico) non considerano ancora la Psicologia una cosa "del tutto normale" ovvero un rimedio come un altro da utilizzare con naturalezza nel momento del bisogno.

Se in caso di disagio fisico appare ovvio recarsi da un medico e farsi vedere non vale altrettanto nel caso dello psicologo se sopraggiunge un disagio esistenziale.

La Psicologia è ancora per molti quella materia che si occupa di follia o nella migliori delle ipotesi, le persone che vi si appellano sono in qualche senso più "deboli" rispetto alla media della gente (normale) tanto da non riuscire a superare da soli i problemi dello spirito.

Da questo punto di vista la disciplina psicologica deve fare ancora molta strada per farsi conoscere e accettare dall'opinione pubblica.

In questa chiave l'anello mancante per congiungere pubblico e Psicologia potrebbe essere offerto dal counseling.

Questa pratica infatti, pur essendo praticamente ignota nei suoi aspetti particolari, suscita comunque una certa simpatia presso il campione. Ciò che maggiormente cattura e affascina sono alcuni aspetti imputati al counseling: la brevità del lavoro; la possibilità di ottenere risultati rapidi; l'essere un trattamento *lieve*, *soft*.

Il counseling è considerato un intervento più leggero se paragonato all'immagine della tradizionale psicoterapia: considerata una faccenda molto lunga (e quindi anche molto onerosa), molto in profondità (e il correlato timore di scovare un qualche lato oscuro con cui fare i conti) e i cui risultati daranno i suoi benefici (forse) frutti a lungo termine (e quindi fino ad allora si ha il dubbio se funzioni oppure no).

Il sostegno psicologico attuato attraverso il counseling nella mente dei soggetti appare quindi un buon compromesso tra il bisogno di ricevere un aiuto dalla psicologia e un intervento snello, diretto alla risoluzione di problemi specifici, limitato nel tempo (nel "breve" tempo) la cui efficacia la si testa velocemente.

Sembra che il counseling spaventi meno. Per questo, potenzialmente più vicino alla gente, ovvero più alla portata di tutti.

I risultati della ricerca sembrano suggerire che almeno alcuni, prima di rivolgersi ad uno psicoterapeuta o ad uno psichiatra, prenderebbero in considerazione il rapporto con un counselor per superare difficoltà che da soli non sono in grado di sciogliere.

In questa ottica il problema maggiore rilevato dalle persone è la difficoltà a reperire informazioni utili per orientarsi nella scelta, ovvero le domande che gli utenti potenziali si pongono sono: "come accedo a un intervento di questo tipo?; Dove lo trovo?; A chi mi rivolgo? Come faccio? Quali sono le differenze tra counseling e psicoterapia? Quando orientarsi verso l'uno e quando verso l'altra? Come faccio a farmi un'idea?".

Insomma la comunicazione sembra attualmente essere il maggiore ostacolo a far coincidere la domanda d'aiuto con l'offerta del sostegno.

Comunque, e per concludere: si può affermare che la presenza del counselor (o simile) rappresenta ormai una presenza relativamente accettata nel panorama culturale e professionale contemporaneo anche in Italia.

## Riferimenti bibliografici

Betz, N.E., Fitzgerald, L.F. (1993). Individuality and diversity: Theory and research in counseling psychology. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 343-381.

Borgen, F.H. (1984). Counseling psychology. *Annual Review of Psychology*, 35, 579-604.

Brown, S.D., Lent, R.W. (2000) editors. *Handbook of counseling psychology, 3Th edition*. New York: Wiley.

Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa: Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*. Roma: Carocci.

Cicognani, E. (2002). *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*. Roma: Carocci.

Corey, G. (1995). Theory *and practice of counseling and psychotherapy*. Pacific Grove: Brooks Cole.

Dixon, D.N., Vrchopoulos, S., Burton, J. (1997). Public image of counseling psychology: What introductory textbooks say, *The Counseling Psychologist*, 25(4), 674-682.

Gelso, J., Fretz, R. (2000). *Counseling psychology, 2nd edition*. Belmont CA: Wadsworth.

Mazzara, B.M. (2002) a cura. *Metodi qualitativi in psicologia sociale: Prospettive teoriche e strumenti operativi*. Roma: Carocci.

Murstein, B.I., Fontaine, P.A. (1993). The public's knowledge about psychologists and other mental health professionals. *American Psychologist*, 48(7), 839-845.

Perussia, F., Viano, R. (2006). Psicologi: Tra professione, scienza e pratica quotidiana. In: Moderato, P.,

Rovetto, F., a cura, *Psicologo: Verso la professione; Terza Edizione*. Milano: McGraw Hill Italia, 3-33.

Psychology Today (2004). *Therapy in America survey*. Washington DC, Harris Interactive.

Richardson, J. (1996) editor. *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. New York: Wiley.

Ricolfi, L. (1997) a cura. *La ricerca qualitativa*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Strong, S.R., Hendel, D.D., Bratton, J.C. (1971). College students' views of campus help-givers: Counselors, advisers, and psychiatrists, *Journal of Counseling Psychology*, 18(2), 234-238.

Tinsley, H.E.A., Workman, K.R., Kass, R.A. (1980). Factor analysis of the domain of client expectancies about counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 27(6), 561-570.

Todd, J., Bohart, A.C. (1999). *Foundations of clinical and counseling psychology*. New York: Longman.

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

(SEZIONE ATTUALITA': PSICOTERAPIA 1946)
Estratti dal volume
*Psichiatria: Sesto supplemento speciale del Bollettino Medico pubblicato dall'U.S.I.S.*
Roma, Ufficio Informazioni Stati Uniti, 1946

# La psicoterapia secondo il Dipartimento di Stato Americano sul finire della seconda guerra mondiale

Felice PERUSSIA
Università di Torino

ABSTRACT - *Psychotherapy according to the US Department of State at the end of the Second World War* - The article acts as a premise to the special section of the *Giornale di Psicologia* which (re)proposes the most significant contributions of a manual on the treatment of war neurosis that the United States Information Service provided to Italian doctors who collaborated with the allied U.S. army in 1946. The texts, which present a still interesting scientific quality, testify in real time: the revival of applied psychology in our country; the arrival in Italy of intellectual models through which the psychological counseling in group psychology will affirm; the unexpected hypnotic nature of what in the United States is defined as "psychoanalysis". KEY WORDS – Psychotherapy, World war, Psychoanalysis, Hypnosis, United States.

RIASSUNTO – L'articolo fa da premessa ad una speciale sezione del *Giornale di Psicologia*, in cui vengono riproposti i contributi più significativi di un manuale sul trattamento delle nevrosi di guerra che lo *United States Information Service* forniva ai medici italiani che collaboravano con l'esercito alleato statunitense nel 1946. I testi, oltre a presentare una qualità scientifica di per se stessa interessante, testimoniano in tempo reale: sia del rilancio della psicologia applicata nel nostro Paese, sia dell'arrivo in Italia dei modelli attraverso cui si affermerà il counseling psicologico di gruppo, sia della natura inaspettatamente ipnotistica di quella che negli Stati Uniti viene definita come "psicoanalisi". PAROLE CHIAVE – Psicoterapia, Guerra mondiale, Psicoanalisi, Ipnosi, Stati Uniti.

In questa puntata della sezione "Attualità" nel *Giornale di Psicologia*, presento alcuni lavori significative che ci aiutano a meglio comprendere il momento della (ri)nascita della psicologia italiana successivamente alla seconda guerra mondiale.

Si tratta di documenti scientifici che valgono di per se stessi, in quanto contributi importanti ed autorevoli che sono stati dedicati ad alcuni temi classici dell'intervento di servizio alla persona. Il contributo rappresenta però anche una testimonianza storica del modo in cui la psicologia è (ri)entrata in Italia dopo il lungo oblio che la disciplina aveva subito nella cultura del nostro Paese tra gli anni '20 e gli anni '40 del Novecento.

Si tratta infatti delle relazioni più interessanti, quanto scientificamente più attuali anche oggi, di un manuale che faceva parte della dotazione fornita ai medici italiani che si trovavano a lavorare in stretto contatto con gli alleati americani, nel contesto della campagna di liberazione che si stava realizzando sul finire della seconda guerra mondiale. E siccome mio padre si trovò appunto ad essere medico di complemento dell'esercito statunitense, ricevette una copia del volume, che conservò per poi regalarmela quando cominciai ad occuparmi di psicologia. La quale copia viene qui trascritta e riproposta nelle sue parti essenziali.

Il testo si intitola "Psichiatria", scritto in bianco ombreggiato al centro della copertina di colore rosso. Porta nel frontespizio il sottotitolo di "Sesto supplemento speciale del Bollettino Medico pubblicato dallo U.S.I.S."; posto che U.S.I.S. sta per: *United States Information Service*. Il libro è datato: "marzo 1946". Viene indicato come editore lo: "Ufficio Informazioni Stati Uniti", di cui però non viene citata una sede. Viene citato come tipografo stampatore lo: "Istituto Poligrafico dello Stato, Roma". Il testo non fa riferimento a un copyright e non indica una proprietà letteraria riservata. Si trat-



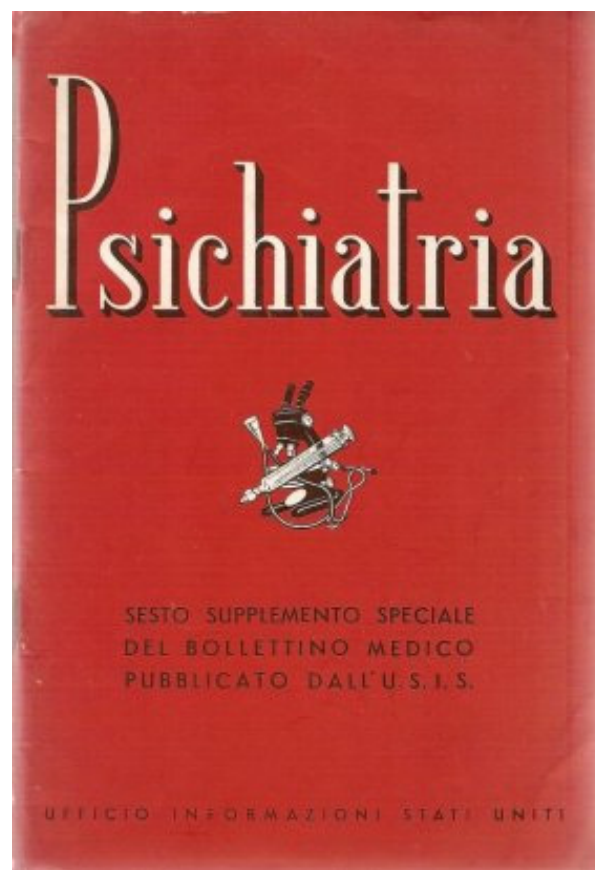
© PSICOTECNICA, Milano, Italia

ta di un fascicolo di 96 pagine a stampa, in formato di cm 22.5x15.5.

Il sommario completo del volume elenca i lavori: "Introduzione", senza indicazione di firma; "La nevrosi di guerra", di Ernst Simmel; "Psicoterapia rapida delle nevrosi di guerra", di R.R. Grinker e J.P. Spiegel; "Psicoterapia collettiva, Una relazione del Ministero della Guerra degli Stati Uniti, settembre I944", senza altra indicazione di firma; "La terapia fisica nella pratica psichiatrica", di Winfred Overholser; "Aspetti psicoterapici e interpersonali del trattamento con l'insulina", di Alexander Gralnick; "Terapia elettro-convulsiva e discussione sull'importanza di un adeguato trattamento", di Lothar B. Kalinowski; "La concezione moderna della schizofrenia", di L.J. Meduna e W.S, McCulloch; "Terminologia psicoanalitica (glossario)", senza indicazione di firma (ma verosimilmente redatto anche questo a cura di Ernst Simmel). Dall'insieme del volume abbiamo dunque ricavato, oltre alla breve "Introduzione", i primi tre testi (i più significativi) che (ri)presentiamo in questa sede.

In questa trascrizione sul *Giornale di Psicologia* riporto il testo esattamente così com'è apparso nella pubblicazione di allora, anche nei dettagli grafici. In particolare: ho lasciato gli asterischi (*) in quanto riferimenti al glossario che stava in calce al volume (ma che non riporto in questa sede). Ho anche lasciato esattamente le dizioni pure quando apparivano improprie, come avviene ad esempio con: “erano in compagnia con i loro genitori” o "tendenze di regredire" o "sintoma" o "come insegna Freud, i membri individuali si identificano l'uno con l'altro per mezzo di legami libidinosi". Ho lasciato parole come "minaccie" o il ricorrente termine "terapico" (che presumibilmente sta per: terapeutico) o il fatto che nell'originale le “e” accentate sono sempre "è" e mai "é", così come i corsivi (non frequenti, ma diffusi in tutto il testo), assieme a tante altre piccole imprecisioni che però si trovano nell'originale. Si direbbe infatti che i testi siano versioni dall’inglese prodotte da uno o più traduttori italo-americani e non da un vero e proprio parlante italiano.

## Gli autori del volume

Lo *United States Information Service*, rappresenta la versione internazionale ufficiale della *United States Information Agency*. Questa si chiama appunto ufficialmente *USIA* negli Stati Uniti e *USIS* all’estero. Tra i motivi ufficialmente dichiarati per tale curiosa doppia terminologia è di evitare, almeno all’estero, la confusione con lo *United States Immigration Service* ma soprattutto di non essere presa per la *Central Intelligence Agency* (*CIA*). Tale *Agenzia per le Informazioni degli Stati Uniti* ha perseguito, del tutto ufficialmente, l’obiettivo di conoscere e di influenzare l’opinione pubblica straniera, attraverso opportune politiche culturali, educative e informative, con il fine di supportare la politica estera degli Stati Uniti e gli interessi nazionali statunitensi all’estero. Fra le attività caratteristiche dello USIS, molto attiva dopo la seconda guerra mondiale specie nell’ambito della guerra fredda, merita ricordare la gestione di alcune emittenti radiotelevisive che trasmettevano in Europa, su Cuba e sull’Unione Sovietica; tra cui: Voice of America, Radio Free Europe, Radio Liberty, TV Marti ecc. Nel 1999 l’Agenzia è stata chiusa, incorporandone le attività in altre strutture.

La USIS va considerata di fatto come il curatore del manuale. Il volume nel suo complesso non vede infatti indicato un altro curatore preciso; così come avviene per l’introduzione che non porta una firma. Viene però citato Joachim Flescher come curatore dell’edizione italiana.

Il primo articolo proposto qui, e cioé "Le nevrosi di guerra", è firmato da Ernst Simmel. Simmel

(Breslau, 1882 – Los Angeles, 1947) è uno dei personaggi assolutamente più rappresentativi nella storia della psicoanalisi delle origini. Era infatti membro del Comitato Segreto istituito da Freud negli anni '10, come ufficio scientifico-politico invisibile che salvaguardasse la purezza della dottrina psicoanalitica, con la partecipazione originaria di Karl Abraham, Sándor Ferenczi, Otto Rank, Ernest Jones, Hanns Sachs e Max Eitingon. In particolare: Ernst Simmel ebbe occasione di ricevere in dono da Freud, suo grande estimatore, uno dei famosi (quanto allora segreti) anelli, evocazione e simbolo del comitato segreto stesso, nel 1928.

Simmel aveva fondato nel 1927 lo *Psychoanalytische Klinik Sanatorium*, assieme agli stessi Karl Abraham e Max Eitingon (membri del Comitato), che poi si era evoluto nel *Policlinico Psicoanalitico di Berlino* (*Berliner Psychoanalytische Institut*) nel 1928, e che poi passerà, mantenendo la sua impostazione strettamente psicoanalitica, sotto la direzione di Matthias Heirinch Goring (cugino primo del Maresciallo del Reich Hermann Goring) fino al 1945. A causa delle leggi razziali, Simmel fuggì poi in California, dove divenne socio di Karl Menninger, nella sua clinica (forse la più famosa nella storia della psichiatria negli Stati Uniti) ed ebbe tra i suoi pazienti da psicoanalista hollywoodiano anche personaggi come Judy Garland (cinque giorni la settimana).

Il primo libro pubblicato dalla *Internationaler Psychoanalytischer Verlag*, che Freud aveva voluto come casa editrice ufficiale della psicoanalisi, fu, nel maggio 1919 proprio "Psicoanalisi e nevrosi da guerra" (*Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*) firmato da Karl Abraham, Sandor Ferenczi, Ernst Simmel ed Ernest Jones (il secondo volume, che uscì verso la fine dello stesso anno, fu "Al di là del principio del piacere" di Freud). Successivamente, nel 1946, Simmel curò anche un importante volume sull'antisemitismo, con la prefazione di Gordon Allport.

In questo articolo Simmel cita il suo volume del 1919 sulle nevrosi di guerra datandolo al 1921 e sostituendo al nome di Jones quello di Freud, che anzi appare come primo autore. Forse ciò è dipeso dal fatto che in effetti Freud aveva scritto una breve prefazione all'edizione originale. Forse perché sin dall'inizio, all'interno del nucleo psicoanalitico più convinto (in particolare nell'ambito del Comitato Segreto), era prassi abituale che Freud firmassre di persona molto di quello che veniva proposto dai suoi più stretti seguaci (cosa che fece in primo luogo con Sandor Ferenczi), anche per fornire così una specie di marchio di garanzia del fatto che, in virtù della sua firma ufficiale, si trattasse di psicoanalisi vera. Per cui tante volte poteva capitare che Freud si dimenticasse poi di aggiungere alle pubblicazioni la firma dei colleghi, i quali pure li avevano scritti, o preferisse non farlo (sempre per ragioni di purezza scientifica), stante che comunque alcuni seguaci del movimento non se ne lamentavano più di tanto. L'edizione citata da Simmel è verosimilmente quella edita dalla Psychoanalytical Press di "London & New York".

Il secondo articolo proposto qui "Psicoterapia rapida delle nevrosi di guerra" è firmato da R.R. Grinker e J.P. Spiegel. Viene indicato come "Letto il 14 gennaio 1944 al Congresso Psicoterapico a Chicago".

Il lavoro è realizzato da due Autori che hanno fornito diversi altri contributi rilevanti, specie con riferimento alle questioni psichiatriche collegate alla guerra e in genere a situazioni di tensione psicologica. Il loro libro più noto è stato probabilmente *Men under stress*, pubblicato in collaborazione tre i due (Grinkel e Spiegel, 1945).

Roy R. Grinker è un neurologo, noto negli ambienti psicoanalitici della sua città per il fatto di essere stato l'unico psichiatra di Chicago ad avere sperimentato personalmente un'analisi di alcuni mesi con Freud, intrattenendo anche un carteggio con il Maestro, che è conservato negli archivi della *University of Chicago Medical School*, dove Grinkel aveva fondato lo *Psychiatry Department*. Per inciso: tale carteggio, che si svolge nel 1933, è in larga parte precedente l'analisi stessa e consiste in primo luogo di una lunga contrattazione in cui Grinker riesce abilmente a scendere da 25 dollari l'ora (che era la prima richiesta da parte di Freud) fino a soli 10 dollari l'ora.

John P. Spiegel è stato a lungo professore nella Brandeis University, che è la più significativa università ebraica degli Stati Uniti (con sede nell'area di Boston), nonché Presidente della *American Psychiatric Association* e della *American Academy of Psychoanalysis* negli anni '70.

Il terzo articolo ripreso qui "Psicoterapia collettiva" viene indicato come "Relazione del Ministero della Guerra degli Stati Uniti, settembre 1944". E in effetti ha più l'aria di un ordine di servizio che non di un articolo scientifico, di cui pure rispetta correttamente le regole.

## Psicologia della Liberazione

La cultura statunitense, almeno dagli anni '20 del Novecento, ha sempre attribuito una rilevanza davvero notevole alla psicologia. Dopo il contributo, ritenuto fondamentale, che gli psicologi avevano fornito alla selezione dei militari nella prima guerra

mondiale, l'uso dei test nella società, così come la presenza degli psicologi nell'esercito, erano diventati un fatto normale.

Una testimonianza di questa disposizione, per il cui approfondimento rimando ad altre sedi (ad esempio: Perussia, 1994), sta nel fatto che, anche durante la seconda guerra mondiale, lo staff che costituisce l'assessment center dell'allora *OSS Office of Strategic Services* (oggi ribattezzato: *Central Intelligence Agency*; ovvero: la *CIA*) comprenda gran parte degli psicologi eminenti del tempo. Tra cui: Urie Bronfenbrenner, Donald Fiske, John Gardner, Clyde Kluckhohn, David Krech, David Levy, James G. Miller, O. H. Mowrer, Henry Murray, Theodore Newcomb, Donald MacKinnon, Harvey Robinson, Douglas Spencer, Nevid Stanfortt, Edward Tolman e naturalmente anche Kurt Lewin (OSS Assessment Staff, 1948).

Cosicché, anche nel momento in cui interviene sul territorio italiano, l'esercito statunitense porta sempre la psicologia nel suo cuore. Tanto che tra i primi atti del corpo d'armata guidato dal generale Patton vi è proprio lo sforzo di rilanciare la psicologia nel nostro Paese. Ce ne fornisce un'autorevole testimonianza diretta Angelo Majorana (2000), che racconta: "È divertente ricordare come la psicologia abbia fatto il suo ingresso ufficiale nell'Università in Sicilia. Subito dopo la guerra, negli anni '43-'45, la nostra regione era governata dalle truppe di occupazione americane che si chiamavano AMGOT. Il loro comandante chiese quali fossero i punti di riferimento per la psicologia e, quando venne a sapere che non esistevano né Istituti né cattedre di insegnamento, si stupì e impose l'istituzione immediata di una cattedra che, a Palermo, fu affidata al prof. Canziani."

Per inciso: lo *Allied Military Government Territory* (*AMGOT*) ha avuto come comandante il leggendario colonnello Charles Poletti, un ufficiale dell'esercito ma di fatto coordinatore per l'ingresso nel nostro Paese della già citata OSS; che aveva tra i propri punti di riferimento per lo sbarco in Italia personaggi quali: Vito Genovese, Albert Anastasia e colleghi. Poletti aveva introdotto, come segno di riconoscimento per le nostre quinte colonne filoamericane nell'isola, un fazzoletto con sopra riportata una "L", che stava per Lucky (Luciano). Ed è curioso che un personaggio impegnato in faccende così concrete e complesse, trovasse comunque il tempo e la buona volontà di occuparsi anche di psicologia; benché accadesse anche che in quella circostanza, nel 1943 appunto, l'Università di Palermo gli attribuisse comunque una laurea *honoris causa*.

A conferma della stretta relazione che lega le terapie collettive, la psicologia in genere e la pratica militare, merita ricordare ancora che entrambi i padri putativi delle dinamiche di gruppo in Europa hanno sviluppato le loro pratiche e le loro teorie (che secondo alcuni hanno carattere psicoanalitico) proprio nella loro veste di ufficiali dell'esercito; che è appunto il caso, con riferimento alle forze armate del Regno Unito, tanto di Sigismund Foulkes quanto di Wilfred Bion.

### Psicoterapia di gruppo e ipnosi psicoanalitica

La lettura degli articoli qui riportati, che datano non meno di 60 anni fa, è istruttiva in se stessa, come avviene in genere per i buoni testi di psicologia. Nel curare questa loro nuova edizione, cosa che mi ha portato a studiarli con attenzione, ho però notato diversi particolari interessanti, che mi permetto di sottolineare, come mettendoli sotto una lente di ingrandimento per il lettore. Si tratta di alcuni spunti che molti potranno rilevare anche da sé nella lettura diretta del testo, magari anzi trovandone di ulteriori e di migliori, ma che può riuscire utile mettere in luce esplicitamente sin da qui.

Un primo dato è che purtroppo la guerra non sembra volere mai passare di moda; il che rende drammaticamente attuali anche i contesti storici, oltre che quelli scientifici, cui gli articoli si riferiscono. Mentre, come nota anche l'anonimo curatore del volume nella sua introduzione, il fatto di riferirsi alla guerra non toglie nulla all'interesse del tema, anche per quanto riguarda la consulenza psicologica in tempo di pace. Si pensi al caso dei disturbi post-traumatici da stress o alla psicologia dell'emergenza, che sono altri nomi (più moderni) per indicare, dal più al meno, qualcosa di molto simile a quanto viene trattato qui sotto la definizione di nevrosi di guerra. Si tratta dunque di testi che rendono bene l'idea dell'atmosfera culturale di un'epoca ormai trascorsa, ma che forniscono elementi psicotecnici utili anche per il counselor di oggi.

Sul piano generale, si nota l'impostazione tutta molto pratica ed operativa del testo; fatto che risuona abbastanza inconsueto per gli usi psicologici italiani, anche contemporanei. Colpisce la sostanziale assenza di una bibliografia, specie se consideriamo quanto nella letteratura internazionale siano considerati indispensabili, e quanto siano di solito numerosi, i riferimenti bibliografici già da molto prima di quell'epoca. Il che fa anche pensare, sulla base di entrambi gli indizi, allo spirito della cosiddetta "terza forza", che si va affermando proprio in quegli anni: tanta pratica e poca grammatica. E' notevole che il

volume venga intitolato alla psichiatria, visto che dichiara come riferimento teorico soprattutto la psicoanalisi (il che è conforme alla ovvia equazione statunitense per cui: psicoanalisi = psichiatria), benché tratti quasi esclusivamente di temi psicologici (tipici di un counselor più che di un medico psichiatra) e cioè di ipnosi, di drammatizzazione e in genere di psicotecniche per la formazione personale.

Venendo alla sostanza dei singoli articoli, nel caso delle "Nevrosi di guerra" di Ernst Simmel, è notevole il candore con cui questi, che pure abbiamo ricordato essere un freudiano ufficialmente purissimo e anzi certificato dalle stesse firme (e anelli) di Freud, racconta della sua abitudine di utilizzare tutti i giorni l'ipnosi, almeno dai tempi della prima guerra mondiale, anche nella versione che in gergo si definisce come "ipnosi autoritaria". Definisce però tale uso dell'ipnosi, nel senso più classico del termine come "psicoanalisi" sempre e senza alcun problema; tanto che non gli viene neppure in mente di precisarne le eventuali ragioni epistemologiche. Quasi a conferma del fatto, di per sé piuttosto evidente (almeno agli occhi di uno studioso), che anche la tecnica psicoanalitica del collega Freud ha sempre rappresentato più che altro un trattamento ipnotico, ancorché non dichiarato come tale per motivi di marketing scientifico-culturale. A ulteriore testimonianza di ciò in cui consisteva effettivamente la psicoanalisi (al di là delle dichiarazioni a fini strategici), è interessante notare anche come Simmel utilizzi pure quella che chiama "ipno-analisi", così come le suggestioni post-ipnotiche, trattando anch'esse come degli ovvi strumenti caratteristici della normale pratica psicoanalitica.

E' interessante come Simmel dia per scontato che tutti i colleghi potenziali lettori del testo conoscano la psicoanalisi, (o almeno quello che lui chiama appunto psicoanalisi) con il relativo armamentario terminologico e concettuale, quasi si trattasse della normale conoscenza di base per qualsiasi psichiatra statunitense. Si preoccupa però anche di rimandare spesso il lettore ad un "Indice terminologico", in appendice al volume, per specificare i dettagli a chi eventualmente non fosse bene aggiornato sulla materia. Ed è significativo come indichi sempre e solo il medico psichiatra, come referente di questa "psicoanalisi", e mai lo psicologo.

Ci sono anche molti altri dettagli che meriterebbero ciascuno una lunga trattazione ma che in questa occasione mi limito a citare brevemente, lasciando al lettore lo sviluppo delle possibili considerazioni che ne possono derivare. Ad esempio: è notevole la naturalezza con cui Simmel propone di usare tutti gli espedienti possibili della psicoanalisi (o di quello che è) come strumento per educare-condizionare i pazienti soldati all'aggressività e possibilmente all'omicidio (del nemico). E' caratteristica la totale assenza di consapevolezza politica nel testo, che propone l'azione di guerra statunitense sempre e solo, molto ovviamente e senza alcun dubbio, come bene puro per l'umanità.

Tutta la situazione militare di guerra viene tradotta in uno scenario fondato sul complesso edipico universale, dove il soldato aggredisce il nemico "che assai spesso è nell'inconscio identificato con il padre odiato". Si parla reiteratamente di un ovvio "cannibalismo primordiale" cui i militari regredirebbero, che viene serenamente proposto come un buon punto di partenza per orientare "positivamente" l'aggressività dei soldati stessi contro l'avversario. "A ciò infatti egli è stato educato dai suoi superiori e dal suo Super-Io, cioè dalla disciplina militare".

Si sostiene che il trauma di guerra è connesso alla convinzione, da parte dei soldati, di essere maltratti o almeno di non essere sufficientemente amati dagli ufficiali superiori. Ma si precisa subito che tale trauma rappresenta in genere solo una fantasia delirante dei soldati stessi. Il testo (scientifico) conclude, con riferimento all'attuale nemico, sottolineando che: "Nell'esercito tedesco, al tempo della prima guerra mondiale, le offese erano per la maggior parte reali". Mentre accade invece che, nell'esercito statunitense: "Le relazioni dei nostri soldati con i loro superiori sono basate sulla comprensione reciproca e sulla cooperazione, in conformità ai principii democratici della nostra costituzione".

Si evidenziano curiose interpretazioni in base alle quali il soldato, nella prima guerra mondiale, scappava dalla prima linea "non perchè avesse paura di essere ucciso, ma perchè si sentiva abbandonato e temeva inconsciamente di dover mirare al suo caporale invece che ai Francesi. La sua fobia era dovuta ai suoi sentimenti di colpevolezza, poichè egli non poteva più oltre dividere la sua ambivalenza verso suo padre odiando il nemico ed amando il superiore." Però incidentalmente sfugge all'autore di citare anche "una forma patologica di eroismo", riguardo a un soldato che aveva compiuto "atti di incredibile audacia".

E' affascinante la convinzione scientifica (psicoanalitica) con cui Simmel utilizza il metodo della reviviscenza drammatizzata in ipnosi dell'esperienza traumatica originaria, così elegantemente sviluppata da Pierre Janet nel suo *Automatisme psychologique*, giustamente definendola (è Simmel che scrive) come "analisi psicologica", che è appunto il termine originale di Janet. Notando che: "In base a questo metodo terapico, il soldato ipnotizzato non soltanto si

rappresentava le sue esperienze passate, come nel sogno, ma era portato a «mettere in atto» le sue allucinazioni."

E continua: "Da quanto precede appare comprensibile la ragione per cui io, in quel tempo, trovassi necessario, da un punto di vista pratico di introdurre uno specifico nemico nella situazione terapica. Questo «nemico specifico» istallato nella stanza non appena il paziente era ipnotizzato, era costituito da un fantoccio di paglia. Questo fantoccio doveva sostenere la parte di tutte le oggettivazioni del cattivo padre, o, come direi oggi, dei cattivi Super-Io riesteriorizzati, responsabili delle principali offese al narcisismo del soldato. Consideravo sempre come il principio della cura quello in cui l'iniziale paura del paziente nei rispetti del fantoccio si tramutava successivamente in furore, che portava alla parziale mutilazione o alla completa distruzione del fantoccio."

"La terapia si concludeva con quello che oggi chiamerei un trattamento psico-ortopedico del Super-Io. Sempre in stato di ipnosi, dopo che le energie aggressive erano state scaricate nel mondo esterno, mi servivo del rilassamento della tensione tra l'Io ed il Super-Io del paziente per riconciliarli."

"Consideravo i miei pazienti guariti delle loro nevrosi traumatiche non appena la «coazione a ripetere» aveva cessato di influire sulla loro vita onirica, dopo cioè che il bisogno ne era stato eliminato mediante un adeguato appianamento del conflitto fondamentale in condizioni ipnotiche."

Come già abbiamo notato, appare veramente notevole che la classica tecnica ipno-drammatica di Janet, come anche di tanti altri psicologi prima e dopo di lui, venga presentata da Simmel come una forma superiore di "psicoanalisi", da applicare soprattutto in casi davvero importanti. Tanto che l'Autore riflette: "Ci si può chiedere: È l'ipnoterapia psicoanalitica o la psicoanalisi necessaria per tutti i disordini mentali provocati dalla guerra?" e si risponde da solo che in tanti casi è necessaria sì. Ma aggiunge: "Sono certo che per un gran numero di collassi mentali non è necessaria una psico-terapia così intensa", suggerendo al suo posto qualcosa di più tranquillo e discorsivo.

In generale, l'assoluta coincidenza tra quello che gli psichiatri-psicoanalisti autori del testo definiscono per tutto il manuale con il nome di "psiconalisi" e la pratica ipnotica di sempre, viene ulteriormente confermata, in modo altrettanto plateale, anche dal contributo di Grinker e Spiegel, salvo che questi ultimi tendono a preferire l'iniezione di pentotal all'induzione ipnotica diretta (che forse appare loro meno ritualmente scientifica) come strumento psicoanalitico elettivo.

Grinker e Spiegel dichiarano infatti, con assoluta sicurezza, che: "La sola nuova tecnica sviluppatasi per la cura delle nevrosi di guerra è la psicoterapia rapida, derivata da principi psicoanalitici". Quindi passano a descrivere in che cosa consiste tale cura psicoanalitica: "Noi abbiamo adottato il pentotal sodico per via endovenosa, ottenendo uno stato di seminarcosi, durante il quale il paziente rivive le impressioni che lo hanno traumatizzato durante la battaglia. La cura provoca nel paziente una nuova esperienza degli intensi stati emozionali, associati in origine con le impressioni reali della battaglia e perpetuate in vari stadi di rimozione fino al momento della cura. Nello stesso tempo l'azione del farmaco permette al paziente di rivivere queste emozioni in un maniera razionale ed economica, piuttosto che con mezzi difensivi catastrofici che darebbero origine a gravi menomazioni nevrotiche."

Si dedicano poi a presentare quelle che, a un occhio minimamente competente nel campo della psicologia, sono le più classiche fra le terapie ipnotiche alla Braid o alla Bernheim, sempre indicandole come la forma più pura di psicoanalisi (freudiana classica). Avviene così che appaiano loro del tutto normali i trattamenti che "richiedono la riviviscenza dell'esperienza traumatica con un rilasciamento emozionale dosato". Mentre, nell'ambito di tale intervento psicoanalitico impostato sulla "cura del sonno", la pratica era che: "Qualora il sonno fosse prolungato con sonniferi barbiturici, tale stato veniva utilizzato come una ipnosi e veniva applicata una suggestione profonda e ripetuta perchè il paziente tornasse al posto di combattimento".

In questo ipnodramma che viene realizzato, secondo le loro stesse parole, nella forma di una "narcosintesi da pentotal", il trattamento psicoanalitico consiste dunque in ciò: "Si dice al paziente che si trova effettivamente sulla linea del fuoco nel campo di battaglia; [...] vengono forniti alcuni specifici dettagli che corrispondono alla situazione reale nel momento del trauma [...] viene descritta una scena tipica: al paziente viene detto che stanno cadendo dei proiettili, che uno è caduto proprio vicino a lui; aeroplani nemici stanno proprio sopra la sua testa o si avvicinano da un fianco dei carri armati, egli deve dire quello che succede [...] alcuni malati reagiscono alle prime parole e si slanciano in un vivido racconto dell'azione, altri resistono per un certo tempo e quando tale resistenza si mantiene, si deve rendere lo stimolo più drammatico e reale: il terapista assume la parte di un camerata che grida al paziente in voce spaventata per avvertirlo di nascondersi che un proiettile sta per colpirlo, o gli chiede di aiutare un altro compagno ferito [...] Alcuni pazienti rappre-

sentano le parti traumatiche della scena di guerra. Se la loro reazione è di questo tipo si permette loro alzarsi dal letto e vagare per la stanza in cerca di un riparo nella trincea, di un amico perduto, del Comando, o di qualunque altra cosa richiesta dall'azione. Alcuni vivono la scena emozionalmente e verbalmente, senza produzione di molta attività motoria. Parlano a compagni invisibili, trasaliscono ad esplosioni non udibili, nascondono la testa sotto il guanciale quando sentono che i proiettili cadono vicini e si appiattiscono nel letto, come se fossero nel fondo della loro trincea [...] Il corpo diviene sempre più teso e irrigidito; gli occhi spalancati con le pupille dilatate, mentre la pelle è bagnata di sudore. Le mani si agitano convulsamente, cercando un'arma, o un amico che divida il pericolo. Il respiro diventa incredibilmente rapido e superficiale. L'intensità della emozione talvolta diventa più forte di quanto il paziente possa sopportare e spesso nell'acme della reazione, vi è un collasso e il paziente ricade sul letto."

Il Capitolo successivo del manuale, relativo alla "Psicoterapia collettiva", non riporta la firma di un Autore, se non l'impersonale quanto evocativa indicazione ufficiale del "Ministero della Guerra degli Stati Uniti". Il saggio colpisce soprattutto per il modo che ha di presentare quelli che diventeranno i principi generali della dinamica di gruppo in un suo linguaggio militaresco sempre perentorio, che sta fra il burocratico e il pedagogico. Il che rende anche bene l'idea, in diretta coi fatti, di alcune tra le principali ragioni, epistemologiche e organizzative, della nascita o rinascita della psicoterapia di gruppo nella seconda metà del Novecento.

Il manuale dell'USIS prosegue con alcuni capitoli che non riproduciamo in questa sede, anche per la loro natura decisamente più psichiatrica anche nella sostanza invece che solo nella forma dichiarata, come nel caso di quelli che invece ripubblichiamo qui. Merita tuttavia riportare, per rendere l'idea di che cosa possa significare l'uso scientifico della "psicoanalisi" per scopi pratici (militari), un brano del lungo saggio sulla "cura" con insulina, redatto da Alesander Gralnik. Questo articolo risulta infatti interessante in quanto documento che testimonia, in un'atmosfera molto sinistra ma anche molto reale, di un caso specifico di "resistenza" da parte di un povero paziente, il quale cerca penosamente di sfuggire alla trappola che il volenteroso psichiatra gli tende. E faccio presente che la strana confusione (che il lettore noterà subito) tra l'uso della prima e quello della terza persona, per i verbi presenti nel testo che segue, è riportata fedelmente secondo il modo in cui è presente nell'originale.

"L'esempio seguente illustra alcuni dei problemi, che si possono porre i pazienti in attesa del trattamento. Un giovane, che era stato da poco congedato dall'esercito per un attacco acuto di schizofrenia accompagnato da idee deliranti ed allucinazioni, viene portato al padiglione di cura alle sei e trenta del mattino e l'infermiera gli dice che dovrà sottomettersi ad un trattamento insulinico. Lo trovo a parlare con l'infermiera e mi accorgo subito che è ostile e irritato. Senza grandi cerimonie il paziente dice che non ha bisogno di trattamento e non lo vuole ma accetta l'invito del medico di discutere la cosa ancora con lui. Entra nello studio e immediatamente lancia un'infinità di accuse e minacce: egli é stato spedito in fretta e furia all'ospedale, egli scapperà, egli assalirà qualche dottore e, se necessario, percuoterà persino il medico con cui parla. In più egli vuoI sapere chi ha dato il consenso per la cura senza consultarlo.

"Ciò che più l'irritava era il fatto che non era stato chiesto il suo parere, in merito al trattamento. Questo, oltre il suo comportamento, caratterizzava la sua personalità. Egli voleva essere considerato uguale ai medici o almeno abbastanza importante da essere consultato per cose che riguardavano la sua salute. Egli preferiva la libertà alla restrizione e agli «ordini».

"Si poteva trattare la situazione da lui creata con metodi diversi, ma, conoscendo ciò che in lui succedeva, se ne poteva applicare uno solo.

"Gli indicai che lo scopo del colloquio era quello di conoscere i suoi desideri e che il terapista non avrebbe mai iniziato il trattamento senza aver prima discusso la cosa col paziente. Questi mostrò una certa sorpresa e si calmò un po', ma ciò nonostante rifiutò di accettare la terapia. Dichiarò che non è che avesse paura della cura, ma voleva lasciare l'ospedale immediatamente per trovare un buon lavoro. In verità si poteva proprio pensare che egli avesse paura. Descrissi perciò al paziente la natura del trattamento e ne discusse l'efficacia, poi disse al paziente che, se voleva, aveva il diritto di rifiutare la terapia e che in avvenire avrebbe potuto essere dimesso senza aver fatto la cura, ma che il trattamento gli offriva la possibilità di lasciare l'ospedale più presto. Così, se egli avesse rifiutato il trattamento, ciò avrebbe significato che egli stesso aveva contribuito a prolungare la propria degenza all'ospedale, cosa che gli avrebbe impedito di trovare presto un lavoro. Visto che il paziente era rimasto insensibile, gli chiesi di rifletterci, permettendogli di ritornare al suo padiglione, poi chiamò un'infermiera e l'accompagnò alla porta. Allora il paziente, che aveva già la mano sulla maniglia della porta, esitò un momento e poi disse: «Be-

nissimo, mi sottoporrò al trattamento, se Lei lo vuole». Entrò con me in una stanza e accettò di buon grado la prima iniezione."

Tornando invece al volume nel suo insieme, notiamo che, successivamente: anche gli altri articoli presenti risultano non poco inquietanti, quanto purtroppo tipici di molta pratica psichiatrica anche contemporanea. Dopo tanta presunta attenzione e umanità "psicoterapica" o “psicoanalitica”, si passa infatti a parlare decisamente di "Terapia fisica nella pratica psichiatrica", intendendo in particolare (abbandonando il virgolettato ma utilizzando esattamente le espressioni del testo) psicoterapie quali: idroterapia sedativa, con bagno continuo; idroterapia stimolativa, con getti freddi a forte pressione; cabina piretoterapica, ovverosia inoculazione malarica; cura di elettroshock o terapia elettroconvulsiva; trattamento con l'insulina. Si finisce poi con un saggio che presenta la "Concezione moderna della schizofrenia".

Ma è giunta ormai l’ora di lasciare al lettore il gusto di leggersi la parte psicologica del testo.

## Riferimenti bibliografici

Abraham, K., Ferenczi, S., Simmel, E., Jones, E. (1919). *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Grinker, R.R., Spiegel, J.P. (1945). *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston.

Majorana, A. (2000). Altri due passi nella storia: Intervista con il Prof. Angelo Majorana, a cura di Barbara Notarbartolo, *Psicologi e Psicologia in Sicilia*, 3(2), 2-4.

OSS Assessment Staff (1948). *Assessment of men: Selection of personnel for the Office of Strategic Services*. New York:OSS.

Perussia,F. (1994). *Psicologo: Storia e attualità di una professione scientifica*. Torino: Bollati Boringhieri.

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450
*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

(SEZIONE ATTUALITA': PSICOTERAPIA 1946)
Estratti dal volume
*Psichiatria: Sesto supplemento speciale del Bollettino Medico pubblicato dall'U.S.I.S.*
Roma, Ufficio Informazioni Stati Uniti, 1946

# Introduzione

(priva di firma)

Questo supplemento presenta una selezione di importanti pubblicazioni americane e illustra i progressi raggiunti dalla psichiatria americana negli ultimi anni.

La compilazione italiana è stata fatta a cura del dottor Joachim Flescher che ha pure compilato l'indice terminologico psicoanalitico che chiude il presente opuscolo. Tale indice risulta indispensabile, ora che, come è evidente dal materiale qui presentato, la psicologia moderna e più specificamente la psicoanalisi ha arricchito le cognizioni eziopatogenetiche delle affezioni mentali e moltiplicato infinitamente i mezzi curativi a disposizione dello psichiatra. I lavori sulla Narcosintesi e sulla Psicoterapia collettiva testimoniano il sempre crescente interesse medico per la ricerca di nuove vie onde rendere l'applicazione terapica delle nuove acquisizioni psicopatologiche più spedita e meno costosa, affinchè possa beneficiarne il maggior numero di malati.

Un aspetto specifico è dato dalla frequenza con la quale nella presente rassegna sono trattate le affezioni psichiche causate da traumi di guerra, cioè le cosidette nevrosi di guerra. Si potrebbe pensare a questo proposito ad una mera coincidenza, in quanto la ricchezza dei casi «psichici» osservati durante la guerra. non poteva non dare un indirizzo caratteristico alle pubblicazioni psichiatriche della presente epoca. Ma non è così, è piuttosto la natura delle osservazioni e delle esperienze, anche se infinitamente moltiplicate in confronto a quelle del tempo di pace, che ha reso questo argomento di tale importanza per la psichiatria.

I lettori avranno agio di giudicare loro stessi quanto le nevrosi di guerra possano contribuire all'arricchimento delle cognizioni psichiatriche.



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

(SEZIONE ATTUALITA': PSICOTERAPIA 1946)
Estratti dal volume
*Psichiatria: Sesto supplemento speciale del Bollettino Medico pubblicato dall'U.S.I.S.*
Roma, Ufficio Informazioni Stati Uniti, 1946

# Le nevrosi di guerra

Ernst SIMMEL

Tutti gli psichiatri militari - quelli che hanno studiato le nevrosi di guerra durante la prima guerra mondiale, e quelli che le hanno studiate durante la seconda - convengono sul fatto che la sintomatologia delle nevrosi causate dalla seconda guerra mondiale non differisce in alcun modo da quella delle nevrosi causate dalla prima guerra mondiale. E ciò nonostante il fatto che il carattere della guerra moderna è stato considerevolmente mutato dagli sviluppi tecnici. È perciò evidente che le esperienze belliche come tali hanno provocato sui soldati, nelle due guerre, reazioni del tutto analoghe.

I disordini mentali, che derivano al soldato dagli sforzi della guerra (fatica, esaurimento, malattia, ferite), hanno indubbiamente dei rapporti con le difficoltà che la mente umana deve superare per mutare il proprio «Io (*) di pace» in un «Io di guerra». Gli studi psicoanalitici compiuti negli ultimi venticinque anni sono stati caratterizzati da un aumento delle conoscenze nel campo della psicologia dell'Io. È in questo periodo che, sotto la guida di Freud, abbiamo acquisito importanti conoscenze sui conflitti dinamici e strutturali che avvengono entro lo stesso Io, quando esso è costretto a conciliare le richieste istintive del suo Es (*) e le richieste della realtà esterna; la reazione a tali conflitti trasforma l'Io in un campo di battaglia, su cui si incontrano le forze contrastanti della realtà circostante e delle attività istintive. Tali intime battaglie mentali possono produrre una deteriorazione dell'Io. Divenire soldato, e andare alla guerra, comporta un enorme ed improvviso cambiamento delle richieste della realtà. Il mutamento di consuetudini morali, mutamento che mette in libertà le energie istintive di distruzione (*), scuote l'edificio strutturale dell'Io, che ha contemporaneamente perduto la sua sicurezza, fino ad allora garantitagli dalla civiltà.

L'Io - diciamo con Freud - «non può avere altro fine, in tutti i suoi conflitti, che quello di conservare se stesso». Se questa lotta per la conservazione psicologica è un fattore decisivo per la produzione delle nevrosi in tempo di pace, quanto più essenziale ancora deve essere per la provocazione delle nevrosi in tempo di guerra, quando l'Io deve affrontare una realtà che gli prospetta anche un annientamento completo!

Tutti gli psichiatri militari - che considerano i disordini mentali da un punto di vista psicoanalitico - sono d'accordo sul fatto che le nevrosi traumatiche di questa guerra non differiscono in modo essenziale dalla struttura delle nevrosi del tempo di pace. Il problema da studiare deve inoltre comprendere il fenomeno della trasformazione dell'apprensione reale (paura della morte) in apprensione nevrotica, che secondariamente stimola l'Io ad impiegare i meccanismi mentali di difesa in nome della propria coerenza. Ciò costituisce la sintomatologia delle nevrosi di guerra.

Le osservazioni precedenti bastano a provare che è legittimo che uno «psicoanalista di oggi» interpreti le sue esperienze psicoanalitiche della prima guerra mondiale in termini della recente psicologia dell'Io. Durante la prima guerra mondiale ero ufficiale medico nell'esercito tedesco, e per due anni diressi un ospedale militare per nevrotici. In quel periodo tenni in osservazione circa duemila nevrotici, la metà dei quali vennero da me stesso curati mediante un metodo in cui erano unite insieme psicoanalisi e ipnosi. La sintomatologia di questi malati può essere definita sinteticamente un indebolimento dell'Io che rendeva ad essi impossibile di seguitare ad assolvere i propri doveri militari. Condizioni spastiche o paretiche dell'intero sistema muscolare, o di parti di esso (braccia o gambe) scemavano in grado maggiore o minore la capacità di movimento di questi soldati. Questo indebolimento del sistema muscolare si manifestava assai spesso, inoltre, sotto forma di movimenti coatti ed involontari del corpo, o di positure del corpo. Veniva disturbato il funzionamento di quegli organi che consentono all'individuo di man-


© PSICOTECNICA, Milano, Italia

tenersi in contatto con il mondo circostante, verificandosi ad esempio disturbi della parola, varianti da balbuzie spastica a completo mutismo, e disturbi della vista e dell'udito, varianti da ipersensibilità alla luce e al suono, a completa cecità e sordità. Molti soldati erano colpiti da attacchi epilettiformi che provocavano perdita della coscienza unita a movimenti spasmodici e più o meno incoordinati delle gambe e delle braccia. I disturbi nella sfera intellettuale si manifestavano attraverso la perdita di singole facoltà, come la lettura e il calcolo, e particolarmente attraverso disfunzioni mnemoniche, che raggiungevano assai spesso il grado di amnesia totale.

I sintomi essenziali comuni a tutti i casi che si riuniscono sotto il nome di nevrosi di guerra possono compendiarsi in una generale instabilità ed irritabilità emotiva, in una tendenza ad eccessi emotivi - particolarmente di furore, e in una caratteristica irregolarità del sonno, dovuta a sogni tormentosi in cui si rivivono terrificanti esperienze di guerra, spesso unita ad una tendenza di agire in modo violento durante il sonno (sonnambulismo).

Le nevrosi di guerra vengono comunemente identificate con le nevrosi traumatiche acquisite in tempo di pace. Questo è esatto soltanto in parte. Il fattore causale immediato potrebbe essere identico in ambedue le forme di nevrosi, per quanto riguarda la quantità degli stimoli, che sopraffanno l'apparato mentale in situazioni in cui, a causa della mancanza di preparazione, esso è incapace di mettere in atto adeguate reazioni esterne di difesa (fuga o aggressione).

È indubbiamente certo che l'abbondanza di stimoli, che, sopraffacendo l'apparato mentale, ha disturbato il suo equilibrio - in ambedue i tipi di nevrosi - è causa della tendenza a ripetere, durante il sogno, le originarie esperienze traumatiche. Ma c'è una differenza decisiva tra le nevrosi traumatiche del tempo di pace e le genuine nevrosi traumatiche prodotte dalla guerra. Queste ultime non si producono, nella maggior parte dei casi, in seguito ad un incidente improvviso, ma sono dovute ad una prolungata accumulazione di influenze traumatiche. Ho visto dei soldati colpiti da nevrosi in seguito a ferite di scarsa importanza, laddove quegli stessi soldati erano stati precedentemente sottoposti a terrificanti esperienze senza reazioni patologiche, come ad esempio essere più volte rimasti sepolti sotto le macerie. Ho visto soldati colpiti da seri disturbi nevrotici come reazione a esperienze di guerra affatto nuove per essi, che le avevano precedentemente affrontate ed in alcuni casi avevano ricevuto delle decorazioni per il coraggio dimostrato. Certamente, l'esaurimento fisico ed emotivo sono fattori che provocano una predisposizione del soldato, durante la guerra, al collasso psichico. Tuttavia, c'è un fattore decisivo che differenzia l'eziologia delle nevrosi di guerra dall'eziologia delle nevrosi traumatiche del tempo di pace. Tale fattore è il seguente: il trauma della guerra (fatica, ferite, esperienze terrificanti, come esplosioni, ecc.) colpisce l'Io del soldato, che è sostanzialmente diverso dall'Io del civile. L'Io militare come potremmo chiamarlo - ha subito una considerevole alterazione essendo stato sottoposto al processo educativo della disciplina militare.

La situazione mentale prodotta dalla disciplina militare mette in grado il soldato di esplicare l'attività più fruttuosa nella collaborazione con la sua unità di combattimento. Tuttavia, come vedremo, è appunto questa situazione che rende il soldato vulnerabile e lo predispone alla disintegrazione del suo sistema mentale, provocando disordini.

Obbiettivo della disciplina militare è quello di mettere in grado il soldato di funzionare come una parte dell'unità militare in cieca obbedienza al comandante dell'unità, per quanto possibile libero da apprensioni, nonostante tutti i pericoli personali che possono derivare da questo atteggiamento. Gli effetti psicologici della disciplina militare debbono in certo modo essere funzionali, aiutando il soldato a raggiungere obbiettivi mentali contraddittori; per esempio sviluppare le virtù sociali di un buon soldato da una parte - senso del cameratismo, tolleranza e altruismo per il bene comune - e sviluppare le attitudini anti-sociali dall'altra, quale la consapevole libera estrinsecazione delle energie aggressive nella lotta contro il nemico. Può persino essere eliminato perlomeno temporaneamente il timore della morte, quell'importante fenomeno emotivo che è la reazione normale dell'Io alle minacce contro la autoconservazione; questo risultato è certamente dovuto all'alterazione dell'Io provocata dalla disciplina militare.

Per comprendere lo sviluppo di questo Io militare, è consigliabile osservare anche lo sviluppo e la struttura dell'Io civile, di cui l'altro rappresenta una evoluzione. Se vogliamo comprendere in qual modo l'esperienza della guerra influenza la mente di un individuo civilizzato, dobbiamo prima chiederei che cos'è la civilizzazione? Secondo Freud, «la civilizzazione è un processo che il genere umano percorre, e che corrisponde al processo che ogni individuo deve attraversare nello sviluppo del suo carattere dall'infanzia alla maturità». La civilizzazione riflette il carattere collettivo di una comunità. Noi tutti siamo nati come dei piccoli cannibali. Sotto l'influenza dei genitori, che rappresentano la realtà circostante, il bambino acquista le consuetudini etiche della nostra

civiltà, ed apprende gradualmente a vincere i suoi istinti anti-sociali, libidinosi ed aggressivi. Per gli adulti, le autorità di una nazione divengono i rappresentanti di livelli etici e realistici.

Cosa accadrà del carattere dell'individuo quando il suo carattere collettivo, rappresentato dalla sua nazione, improvvisamente, in seguito allo scoppio della guerra, regredisce (*) allo stadio primordiale della pre-civilizzazione, allo stato del cannibalismo? Non reagirà di conseguenza ciascuno individuo regredendo individualmente allo stesso stadio primitivo o in altre parole cessando completamente di mantenersi fedele ad una civiltà, che sembra incapace di servire più oltre come guida ed esempio? Fortunatamente, questo non accade. Ragione di ciò è il fatto che nel normale processo di formazione del carattere, il bambino introietta (*) l'autorità paterna entro il suo sistema mentale, sviluppando un Super-Io (*), la sua coscienza. Da allora in poi questo Super-Io, funzionando come «autorità paterna introiettata», guida l'Io nel suo conflitto tra il fine istintivo e il mondo circostante. Più semplicemente possiamo dire che tutti i disordini mentali di cui una persona può divenire preda nella sua vita sono dovuti a disturbi patologici del funzionamento di questo Super-Io interiore. Il Super-Io aiuta l'Io ad esaminare la realtà e ad agire di conseguenza. Il Super-Io costringe l'Io a sublimare (*), o a rimuovere (*) gli impulsi istintivi anti-sociali. Nei disturbi patologici il Super-Io o è troppo o troppo poco costrittivo, o è stato alterato, o non si è sviluppato affatto.

Dobbiamo tenere presente che il Super-Io, sebbene funzioni come un rappresentante intrapsichico della società, è divenuto tale soltanto attraverso la mediazione dei nostri genitori introiettato. Pertanto, se una società, ad esempio una nazione, come rappresentante esterno del nostro Super-Io, decide di fare la guerra, ciò non implica che, in condizioni normali, il nostro Super-Io interiore permetta che una tale regressione collettiva al cannibalismo venga seguita da un corrispondente regresso del nostro Io individuale. Al contrario, esso aiuta l'Io ad affrontare la mutata realtà esterna e ad adattarsi ad essa, rafforzando la sua posizione interna e le sue difese.

Tuttavia, la situazione è differente quando esistono delle deficienze del Super-Io nei sistemi psichici (*) di individui in cui, in seguito ad una atmosfera familiare anormale nell'infanzia, si sono sviluppati dei disturbi patologici del processo di interiorizzazione dell'autorità paterna.

Allora, eliminando alcuni aspetti essenziali della civilizzazione, l'influenza della guerra sulla personalità si ripercuoterà sul sistema dell'Io individuale colpendolo appunto nel suo punto essenziale ma debole, il Super-Io. Ciò è più comprensibile se si tiene presente una scoperta di Freud, che non è stata apprezzata abbastanza nemmeno dagli psicoanalisti, e cioè che il Super-Io si costruisce nel bambino mediante la soppressione delle energie aggressive dirette contro i genitori. Il Super-Io deriva la sua forza al governo dell'Io dalle energie aggressive riassorbite che, dirette contro i parenti, erano state distolte da tale direzione. Ogni indebolimento della funzione del Super-Io, pertanto, produce una liberazione delle energie aggressive dai vincoli interiori tra Io e Super-Io e le dirige contro il mondo esterno. Provoca cioè una rinnovata tendenza all'aggressione contro l'autorità sociale, immagine esterna dell'autorità paterna. È questa la ragione dell'aumento della delinquenza minorile durante la guerra; è difatti appunto nell'adolescenza che il sistema mentale riceve l'ultimo tocco nel consolidamento del Super-Io. È anche questa la ragione per cui i giovani, eseguendo i loro delitti, non sono consapevoli della propria colpa. Le energie aggressive che essi esplicano contro il mondo esterno sono svincolate dal loro Super-Io, e costituiscono un sollievo alla pressione che questo, in condizioni normali, esercita sull'Io sotto forma dei rimorsi di coscienza.

Dopo aver visto, per quanto solo nelle grandi linee, gli effetti della guerra sulla mentalità del civile adolescente ed adulto, passiamo a spiegarci come questo mutamento della realtà (dalle condizioni di pace a quelle di guerra) influenza le menti dei bambini nel loro stadio di sviluppo pre-Super-Io. Mi riferisco a quello stadio dello sviluppo, prima della fine del conflitto di Edipo (*), in cui il bambino ancora pensa ed agisce sotto la guida esterna dei suoi genitori. Non è affatto sorprendente l'osservare che questi bambini non mostrano alcun disturbo mentale come reazione a tutte le distruzioni e a tutti i massacri di cui sentono parlare o a cui assistono di persona. Anna Freud e Dorothy Burlingham ci danno in proposito degli interessantissimi resoconti delle loro esperienze con bambini durante i bombardamenti di Londra(18). Questi bambini rimanevano completamente calmi pur essendo esposti al pericolo diretto della distruzione. Tuttavia, è degno di nota il fatto che essi rimanevano immuni da panico o da disperazione soltanto fino a quando erano in compagnia con i loro genitori, e fino a quando

[18] A. Freud e D. Burlingham: *War and Children* (New York, International University Press, 1944).

questi genitori non esprimevano essi stessi ansietà o timore.

Da quanto ho detto sopra risulta chiaro il perchè di questa reazione dei bambini. L'aggressione e la distruzione sono istinti normali per un bambino dell'età in questione. Esso non ha ancora un Super-Io; questo è ancora rappresentato dalla persona dei genitori, e fino a quando i genitori, che rappresentano l'intera realtà, non manifestano panico o disperazione, il bambino si sente completamente sicuro.

Un'altra osservazione fatta da psichiatri inglesi è di grande interesse per le nostre ricerche. Essa concerne la reazione mentale di un civile adulto al pericolo immediato sull'annientamento in seguito a bombardamento. Gli psichiatri affermano che la maggior parte dei civili reagisce ai bombardamenti con manifestazioni nevrotiche relativamente meno importanti di quelle che si possono osservare nei soldati in condizioni consimili.

Circa questa differente reazione che civili e soldati mostrano nel trauma provocato dalla guerra, udiamo comunemente la stessa spiegazione che veniva portata venticinque anni fa, e cioè che le psiconevrosi costituiscono in primo luogo una «reazione di fuga», che aiuta il soldato a raggiungere la sicurezza, per mezzo del suo trasferimento dal fronte di guerra al fronte interno. È evidente che i civili, nella stessa situazione, reagiscono diversamente, in quanto non hanno nessun trasferimento da raggiungere.

È indubbio, e venne ampiamente accertato durante la prima guerra mondiale, che assai spesso la sintomatologia della nevrosi si estende e diviene più tipica, allorchè il soldato colpito si avvicina alla patria. Questo fenomeno è dovuto a due fattori. Il primo è che nel suo viaggio di rimpatrio il soldato, durante le sue temporanee soste a stazioni e ad ospedali, subisce spesso diagnosi errate e, quel che più importa, un trattamento errato. Questi trattamenti (basati sulla concezione, un tempo generale, della nevrosi come sorta di latente simulazione «isterica »), influenzano l'Io del soldato come una continuazione del trauma di guerra ed accrescono le sue difese sintomatiche. Oltre a ciò, il raggiungimento della sicurezza è senza dubbio un fattore decisivo nello stabilire o nel cementare le reazioni sintomatiche di difesa. Tuttavia, la sicurezza, sotto forma di allontanamento dai pericoli fisici del combattimento, comprende soltanto il «vantaggio secondario della malattia (*)» che l'Io sviluppa in ogni tipo di nevrosi, facendo uso del sintomo in secondo luogo come una difesa contro una realtà insopportabile.

L'essenza della sicurezza, che l'Io del nevrotico di guerra tende a ristabilire, è la sicurezza interiore, per esempio il ristabilimento del suo equilibrio narcisistico (*) che è venuto meno in seguito all'eccesso dei sentimenti, particolarmente dell'apprensione e della rabbia. Ritengo che la mia proposizione di venticinque anni fa, secondo cui l'Io del soldato si salva dalla psicosi sviluppando una nevrosi, sia ancora valida. Il trauma specifico che precipita il collasso mentale del soldato è un pericolo reale, che l'Io deve affrontare mentre non è a ciò adeguatamente preparato. Pertanto, è comprensibile che questo «Io militare» abbia la tendenza ad impiegare una reazione difensiva - essenziale nella psicosi - al fine di «fuggire dalla, realtà», di ritirare tutte le cariche (*) istintive dal mondo esterno e di rifugiarsi nelle condizioni narcisistiche.

Sono stato sempre propenso a considerare le molte manifestazioni di irregolarità della coscienza che precedevano la nevrosi di guerra (nel 75 % circa dei casi da me osservati) come un tentativo ad un regresso alla condizione incosciente del narcisismo primordiale privo di obiettivo. Mi riferisco agli stati di svenimento temporaneo, e a quelli di stupore comatoso di lunga durata. La tendenza a «fuggire dalla realtà» come immediata reazione a terrificanti esperienze di guerra può assai spesso provocare disturbi della personalità simili alla psicosi.

Tali «fughe dalla realtà» non si trasformano in, vere psicosi se l'Io del soldato non è individualmente predisposto, da tendenze di regredire a delle fissazioni (*) più profonde nei primi stadi dello sviluppo infantile.

Tuttavia, vediamo qual'è la ragione per cui la costellazione psicologica della disciplina militare è il fattore eziologico nella generale predisposizione dell'Io militare ai disturbi nevrotici di guerra, a differenza dell'Io civile. L'Io del soldato, come si è detto, subisce un'alterazione in seguito alla disciplina militare. Qual'è l'essenza della disciplina militare? È l'addestramento del sodato a comportarsi come un membro di una unità militare. Che cos'è una «unità militare», dal punto di vista psicologico? Un'unità militare è un «gruppo organizzato». In un simile gruppo, come insegna Freud, i membri individuali si identificano l'uno con l'altro per mezzo di legami libidinosi, e si identificano (*) collettivamente con il capo del gruppo. La «cieca» accettazione del comando è basata sul fatto psicologico che ciascun membro del gruppo trasferisce il suo Super-Io sul capo del gruppo. Il capo del gruppo rappresenta il Super-Io esteriorizzato. Il comando di un gruppo, nell'organizzazione militare, è esercitato attraverso una gerarchia di capi, a cominciare dal soldato scelto fino al comandante in capo.

Così il soldato, come membro di un «gruppo organizzato», si trova nella stessa posizione emotiva in

cui si trova il bambino prima dello sviluppo del Super-Io nel periodo cioè in cui l'autorità esterna dei genitori costituisce una guida, una sicurezza e una protezione contro la realtà sconosciuta.

Il modo con cui il soldato viene addestrato nella disciplina militare dimostra chiaramente questa tendenza a produrre il regresso del soldato alle relazioni del bambino con i suoi genitori, trasformate nelle relazioni con i superiori. Per esempio, basta osservare il modo in cui la recluta è addestrata a rifare con cura il suo letto, come se la vittoria finale dipendesse dal fatto che il letto sia ben fatto o mal fatto. Invero il linguaggio che conserva i significati latenti di concetti dimenticati, prova l'esattezza di quanto precede. Il termine usato per designare l'unità combattente che, fino all'ultima guerra, rappresentava la forza fondamentale di ogni esercito, è la «fanteria». Fanteria significa un gruppo di fanti, o infanti. Ho scoperto questo in base ai sogni dei miei pazienti e ne trovai la conferma in un dizionario etimologico.

La relazione bambino-genitore dà al soldato, nelle sue relazioni con i suoi superiori, tutti quei vantaggi del bambino, che abbiamo osservato nelle zone bombardate. Essa fa si che egli si senta sicuro e perfino immune dal timore della morte, fino a quando egli si sente sicuro dell'amore e dell'apprezzamento del suo superiore.

La mancanza di un oggetto personale per l'amore del soldato è compensata dall'amore per l'identificazione, che lo lega libidinosamente ai suoi capi e ai suoi camerati. L'indossare l'«uniforme» è la manifestazione simbolica dell'unità che lo rappresenta e che è da lui rappresentata. Questa entità narcisistico-libidinosa è riflessa nello spirito di gruppo.

Avvenimenti che hanno frustato la tendenza del soldato ad identificarsi sono altamente significativi. Il superiore cessa di essere un adeguato Super-Io esteriore. Discriminazioni personali, come quelle concernenti la sua razza o la sua nazionalità; disillusioni per non avute promozioni; rifiuto di sperate decorazioni, erano, nella maggior parte dei casi da me osservati i fondamentali fattori causali di disordini mentali da cui derivavano nevrosi di guerra.

L'Io del soldato viene in questi casi isolato emotivamente dallo spirito di gruppo, e il superiore diviene non più idoneo a funzionare come Super-Io esteriore, Il soldato si trova in una situazione psicologica identica a quella del bambino che si vede abbandonato dai suoi genitori. Egli perde il suo sentimento di sicurezza - la sua immunità contro il timore della morte. L'annientamento diviene un pericolo reale, anzi una certezza, laddove fino ad allora era soltanto una possibilità, riguardante soprattutto «gli altri». Poichè il suo Io è psicologicamente sganciato dallo spirito di gruppo, deve cominciare a funzionare di nuovo il Super-Io individuale. Ma viene a dipendere allora dalla relativa forza e normalità di questo Super-Io individuale, se l'Io riuscirà ad affrontare tremende esperienze, ovvero se esso metterà avanti le sue difese nevrotiche o psicotiche.

Comprendiamo allora quel fenomeno apparentemente paradossale, per cui la personalità del civile, in genere, reagisce a eventi terrificanti meno patologicamente che quella del soldato. È un problema di psicologia del Super-Io.

In generale, l'Io civile è più resistente, in quanto esso conserva, o anche accresce, il potere del suo Super-Io nelle reazioni alle esperienze di guerra. L'Io militare, nelle condizioni di disciplina, è addestrato ad abbandonare il suo Super-Io nell'adempimento dei doveri militari. In seguito a ciò, esso perde, almeno temporaneamente, il beneficio di questo potere interiore di controllo che rappresenta il mezzo per il mantenimento del suo equilibrio - nonostante i pericoli reali che lo minacciano dal di fuori, e ai pericoli mentali che lo minacciano dal di dentro, alla fonte delle energie affettive istintive.

Dipende dal grado di maturità del Super-Io del soldato, se e fino a che punto il suo Io potrà affrontare offese narcisistiche senza disintegrazione del suo sistema mentale.

Queste poche osservazioni sono sufficienti a dimostrare che il soldato che si accinge alla guerra è esposto a più che semplicemente insoliti pericoli esterni.

Questi, come ho accertato nella maggioranza dei casi da me osservati, sono nella maggior parte dei casi i fattori causali immediati del collasso dell'Io; si può trattare di ferite, di malattie, di vicinanza ad esplosioni, degli cosiddetti «shellshocks» (stati di incoscienza dopo l'esser restati sepolti sotto le macerie; o dopo esplosioni), o di altri accidenti del genere. Queste esperienze traumatiche sono spesso precedute da conflitti mentali, che si svolgono in un Io già alterato dalla disciplina militare. Questa costellazione psicologica costituisce l'interiore situazione di pericolo, che trasforma la reazione al pericolo esterno in un trauma mentale.

La maggior parte di questi soldati non si sente amata dai suoi superiori. Essi credono di essere maltrattati da essi fisicamente o spiritualmente, per esempio offesi nel loro amor proprio, nella loro dignità. Per causare simili traumi mentali non importa se tali presunti maltrattamenti avvengano effettivamente, o se essi esistano soltanto nella fantasia del soldato. Quanto più l'Io del soldato è precedentemente regredito ad uno stato di infantilità narcisistica, tanto meno è necessaria una offesa concreta per

influenzare l'Io del soldato sotto forma di trauma. È un problema di proporzioni tra i reali avvenimenti e la maturità dell'Io a reagire ad essi. Nell'esercito tedesco, al tempo della prima guerra mondiale, le offese erano per la maggior parte reali.

Mi è stato obbiettato che la mia teoria, basata sulle esperienze e il lavoro compiuto venticinque anni fa nell'esercito tedesco, non può essere applicata alle esperienze delle forze armate degli Stati Uniti. Si aggiunge che le relazioni dei nostri soldati con i loro superiori sono basate sulla comprensione reciproca e sulla cooperazione, in conformità ai principii democratici della nostra costituzione. Ma una simile obbiezione trascura il fatto che gli esseri umani restano esseri umani. Inoltre, l'Io del superiore è stato sottoposto allo stesso addestramento di disciplina militare a cui è stato sottoposto quello del soldato semplice, e ripete lo stesso modello psicologico delle sue identificazioni e delle sue relazioni con l'oggetto. Anche questo superiore ha un superiore, e quest'ultimo un altro superiore che ne sa più di lui circa il reale stato delle cose. Il sentimento di sicurezza interiore del superiore dipende in gran parte dalle sue relazioni con i suoi più elevati superiori. Egli deve sentirsi amato, apprezzato da questi ultimi come se essi fossero dei sostituti di genitori onniscenti, capaci di guidarlo verso un futuro sconosciuto, in genere in una terra sconosciuta.

La disciplina militare è uno stato psicologico che, in gradi diversi, concerne chiunque in guerra ha perduto la sua sicurezza come civile e l'ha riacquistata come membro in uniforme di una unità di combattimento. Non è pertanto affatto sorprendente che un ufficiale, anche un ufficiale medico, possa sviluppare una nevrosi di guerra. Tuttavia queste categorie di militari hanno maggiori possibilità di mantenere sani i propri lo, poichè la loro individualità è meno sacrificata ed essi non sono cosi direttamente soggetti agli effetti psicologici del gruppo come tale.

Le ferite narcisistiche, unite a uno shock emotivo, dovute ad avvenimenti terrificanti, produrranno, delle genuine reazioni psiconevrotiche in tutti quei casi in cui il sistema mentale del soldato fosse predisposto. I soldati sono mentalmente predisposti ai traumi narcisistici, se, prima di andare alle armi, si agitavano ancora nel loro inconscio i residui di un insoluto conflitto d'Edipo. Molti di essi non manifestano sintomi nevrotici nella vita civile. Questi uomini hanno cercato di salvarsi da simili sintomi esplicando le loro inconscie tendenze infantili. Una tendenza irrazionale nelle loro vite ha creato in loro e intorno a loro una atmosfera di «miseria nevrotica». Essi soffrivano perchè si trovavano implicati in infelici relazioni affettive o in conflitti apparentemente insolubili con i loro genitori o con i loro compagni di lavoro. Per questa categoria di soldati, andare in guerra significa sottrarsi alla miseria della loro vita civile. È comprensibile che essi siano propensi al volontariato.

Per i predisposti, la guerra rappresenta la realizzazione dell'originaria situazione di Edipo; il loro paese simbolizza la madre, e il nemico simbolizza il padre.

Potrei addurre molti esempi in cui le ferite, particolarmente quelle riportate in combattimenti all'arma bianca, hanno precipitato delle nevrosi di guerra. La vista da vicino del nemico, da attaccare direttamente, provocava la possibilità di fondere l'idea del nemico coll'immagine inconscia del padre.

È lo studio di questi casi che ci avvicina alla comprensione del problema, menzionato in principio" di come l'ansietà reale si trasforma in ansietà nevrotica. Questo problema, a mio parere, è strettamente connesso al modo in cui l'emozione della rabbia, ed il corrispondente sentimento dell'odio, distrugge l'equilibrio mentale del soldato.

La situazione militare, cioè il combattere come membro di un gruppo organizzato contro un nemico esterno, produce un pericolo specifico per l'Io di tutti i soldati predisposti. Il pericolo proviene dal fatto che la guerra rappresenta per essi un tentativo di risolvere il conflitto di ambivalenza (*) contro il padre in modo specifico. Questi nevrotici di guerra hanno raggiunto la possibilità di dividere i loro sentimenti ambivalenti contro i loro genitori tra due immagini del padre: uno, il buon padre, il padre da amare, è il superiore del soldato; l'altro, il padre cattivo e odiato, è il nemico del paese. Fino a quando il superiore, che ordina al soldato di uccidere il cattivo padre, rappresenta il buon padre, l'Io è disposto a fare tutti i sacrifici necessari. Tuttavia, non appena il superiore ferisce l'amor proprio del soldato e infligge delle offese narcisistiche al suo lo, anche il superiore viene ad assumere la parte di cattivo padre. Il soldato allora è portato ad uccidere il suo superiore, invece del nemico della nazione.

Per conseguenza, il superiore è privato della sua capacità di funzionare come un sostituto idoneo del Super-Io esteriore. Il Super-Io interiore del soldato entra nuovamente in funzione nel tentativo di ripetere il processo di introiezione della infanzia. Le tendenze aggressive e distruttive dirette contro il superiore (sostituto del padre) vengono smobilitate e intravertite (*), e tendono ad aumentare il rigore del Super-Io interiore. Per l'inconscio del soldato, esiste da allora in poi un solo nemico. Il nemico del paese

ed il superiore sono divenuti un unico nemico. Ambedue rappresentano il padre.

Sentimenti di colpevolezza possono allora paralizzare l'intera personalità causando reazioni fobiche contro lo stare o il tornare al fronte, mutamento questo dell'atteggiamento del carattere del soldato, che assai spesso viene erroneamente scambiato per codardia. Può inoltre essere osservata la reazione opposta; i soldati superano il divieto all'omicidio per mezzo dell'impulso a farsi uccidere dal nemico; essi divengono iper-aggressivi. Vidi un soldato che, in tal modo, si fece colpire da una pallottola al capo; un altro, prima del suo collasso mentale, compì atti di incredibile audacia sul fronte russo, mostrando una forma patologica di eroismo.

Il conflitto mentale interiore è specificamente determinato dall'instabilità del Super-Io. In un primo tempo il Super-Io era indebolito dall'essere indotto a rilasciare gli istinti aggressivi fino ad allora rimossi (*) finchè erano diretti contro il nemico nazionale. Tuttavia, esso è costretto a divenire ultrarigoroso quando diretto contro il suo nemico personale, che assai spesso è nell'inconscio identificato con il padre odiato.

Un esempio: un soldato, che chiameremo Schmidt, dopo venticinque mesi di combattimenti al fronte, sviluppa una sindrome strettamente simile ad una psicosi. Egli alterna stati di depressione a scoppi di furore. Gli stati repressivi sono simili alla melanconia, unita al rimorso e al delirio del peccato. Nel mio ospedale, egli scrisse molte lettere a sua madre e al Kaiser. In una di tali lettere scrisse: «Te ne prego, mamma, dì al Kaiser non appena lo vedi che io sono innocente». Egli era giunto a quelle condizioni dopo violente emicranie, seguite dalla diserzione dalle trincee e da un ostinato rifiuto a far ritorno al fronte.

Le durezze della guerra, nei precedenti due anni, erano state associate per Schmidt con un contrasto con il suo caporale. Il caporale gli aveva impedito di ottenere la Croce di Ferro, che egli credeva di meritare. Egli odiava questo caporale. Ma la disciplina lo forzava a reprimere le sue reazioni emotive, senza dargli il sollievo di dominare intellettualmente il suo conflitto. Il fattore determinante che provocò la nevrosi di guerra di Schmidt furono queste parole dettegli dal caporale in un accesso d'ira: «Spero che oggi la prima pallottola francese sia per la tua testa». Questa minaccia del suo superiore causò in Schmidt delle reazioni fobiche. Egli non potè far ritorno al fronte, non perchè avesse paura di essere ucciso, ma perchè si sentiva abbandonato e temeva inconsciamente di dover mirare al suo caporale invece che ai Francesi. La sua fobia era dovuta ai suoi sentimenti di colpevolezza, poichè egli non poteva più oltre dividere la sua ambivalenza verso suo padre odiando il nemico ed amando il superiore.

Quando, nel corso del suo disordine mentale, egli proiettò di nuovo il suo Super-Io nel mondo esterno, scelse il Kaiser come rappresentante di esso. Il Kaiser è un tipico simbolo di padre. Che il Kaiser costituisse per Schmidt il simbolo del padre è provato dal fatto che egli presumeva che sua madre fosse in stretto contatto con in Kaiser.

In pratica, il soldato può spesso conservare la sua «coerenza mentale» soltanto se è in grado di distruggere quella particolare persona la cui mera esistenza disturba il suo equilibrio psichico.

Il pericolo esterno, reale, è stato trasformato in un pericolo interno, psichico.

L'Io non è più spaventato dalla forza del fato, rappresentata dal nemico esterno, che lo minaccia di annientamento; ma è spaventato invece dalle minaccie del suo proprio Super-Io, del suo rigore, o del suo collasso; quest'ultimo renderebbe l'Io completamente disorientato quando le energie istintive dell'Io si scontrassero con le richieste della realtà. Violenti sentimenti di colpa, latenti o manifesti, ne sono la conseguenza.

Ho potuto accertare chiaramente in due casi che il pericolo temuto o bramato è quello della castrazione. Il primo caso è quello di un ufficiale che si sparò un colpo contro i testicoli per timore di dover far ritorno al fronte. Il secondo è quello di un soldato che, essendo rimasto sepolto sotto le macerie con perdita temporanea della coscienza, soffriva di disturbi spastici della parola e di deficienze della memoria. Tipicamente, le sue ultime impressioni visive del mondo esterno - percepite prima della perdita della coscienza - erano state soggette ad associazioni con il contenuto ideativo rimosso nel suo inconscio. Prima di essere sepolto dalle macerie, egli aveva visto il viso di un commilitone (precisamente la mascella inferiore) mentre veniva colpito e sfigurato da un proiettile. A causa della sua identificazione con lui, la ferita del suo compagno gli rappresentò lo stesso pericolo per lui stesso. Il suo subcosciente percepì questo pericolo sotto forma di evirazione da subire da parte di suo padre, che egli aveva sempre odiato. Gli fu particolarmente difficile di reprimere il desiderio di esprimere verbalmente i suoi impulsi aggressivi contro un superiore da cui era stato profondamente offeso. I suoi disturbi spastici della parola non erano altro che il risultato di una inibizione dell'aggressività verbale imposta a se stesso.

Torna qui a proposito qualche osservazione sulla sintomatologia generale delle nevrosi di guerra. Al principio di questo scritto ho sintetizzato questa sin-

tomatologia affermando che essa si compendia in indebolimenti dell'Io, provocanti delle difficoltà nella conservazione del contatto con l'oggetto. I sintomi sono espedienti di fuga da una realtà insopportabile, come accade nelle psicosi. Tuttavia, essi divengono sintomi nevrotici attraverso la mediazione del Super-Io, che, come è stato rilevato, era in grado di trasformare il pericolo esterno in un pericolo istintivo interno. La formazione dei sintomi della nevrosi di guerra, a mio parere, consiste in una trasformazione di energie istintive, non erotiche, ma distruttive. Formando questi sintomi l'Io evita una completa (psicotica) rottura con la realtà. Esso provoca inoltre una scarica della tensione verso il Super-lo. Proteggendo se stesso contro il reale pericolo della propria aggressività, esso inoltre «conserva se stesso», ossia mantiene la sua coerenza interiore.

Il nevrotico di guerra non si distacca dalla realtà; egli interrompe il suo contatto con quest'ultima soltanto parzialmente, per esempio non vedendo, non udendo, non parlando o non camminando. Queste parziali menomazioni dell'Io sono dei regressi alle impotenti condizioni di certi stadi dello sviluppo infantile. Esse rappresentano delle reazioni ostili ad un mondo oggettivo, che attraverso la disciplina militare ha provocato un regresso all'infanzia e ha poi privato il soldato dei vantaggi relativi a questo regresso, ossia della sicurezza infantile.

A questo riguardo è particolarmente significativa la sindrome, così frequente, nella nevrosi di guerra, di attacchi epilettiformi. Sono giunto ad interpretare questi attacchi con un tentativo di regressi dell'Io a quegli stadi dell'infanzia, in cui il bambino è capace di estrinsecare il suo furore soltanto per mezzo di movimenti non coordinati.

Il lettore potrebbe chiedere a questo punto: che importanza ha l'ansietà normale nel provocare i disordini mentali precipitati dallo «shock di guerra», ansietà cui ognuno è soggetto di fronte al pericolo di una catastrofe o di annientamento? A ciò io debbo rispondere: L'influenza dell'ansietà è di importanza essenziale nella produzione di tutti i disordini mentali menzionati.

Tuttavia, la sua importanza patologica si manifesta attraverso disturbi dei meccanismi biologici di scarico. L'ansietà, insegna Freud, è un segnale di pericolo psico-biologico, un allarme all'individuo a che metta in moto il suo motore esterno difensivo, cioè o fugga dalla situazione pericolosa, o attacchi o distrugga l'oggetto pericoloso. Inoltre, la sensazione mentale dell'ansietà è accompagnata da certe irritazioni e scariche nel sistema nervoso autonomo, cioè nel sistema motore interno del corpo.

Ho l'impressione che esiste una qualche sorta di antagonismo tra le scariche automatiche interne delle energie affettive dell'ansietà, e le relative scariche motorie esterne. Ciò implica che quanto meno l'individuo è in grado di reagire al pericolo con la fuga o l'aggressione, tanto più il suo sistema nervoso autonomo verrà sovracaricato di stimoli affettivi. In altre parole, le disfunzioni del sistema nervoso autonomo e la susseguente alterazione del sistema endocrino, prodotte come reazione a esperienze pericolose, potrebbero indicare che l'individuo ha dovuto sopportare periodi di ansietà senza essere in grado di far ricorso all'azione non è stato in grado cioè di fuggire o di attaccare.

Ciò che si verifica in questi casi è l'impiego di una difesa sotto forma di soppressione e non di rimozione. Io non esito ad accettare per queste sindromi il termine «fisio-nevrosi di guerra», che è stato proposto dal Kardiner per un'assai grande varietà di disturbi di adattabilità dell'Io del soldato. Tuttavia, anche in queste manifestazioni sintomatiche che sembrano dimostrare così chiaramente una fissazione emotiva dell'individuo sul pericolo originario e sulla situazione ansiosa, noi troviamo il meccanismo sopra descritto. Ma riferisco a quei movimenti incontrollati e a quelle positure del corpo che il soldato aveva impiegato appunto come difese, cioè contro il pericolo di soffocare mentre era rimasto sepolto sotto le macerie, movimenti e positure che si ripetono continuamente da allora in poi, e che sono associati con la perdita della memoria per tutto ciò che è accaduto prima della perdita della coscienza. Il fatto che il soldato ripeta in modo coatto questi strani movimenti, anche molto tempo dopo aver lasciato il fronte, si ritiene sia dovuto all'inconscio desiderio di proteggersi contro il pericolo di esser inviato di nuovo nella zona di combattimento, od al fatto che, nella sua diminuita capacità di far fronte alla realtà in generale, egli è portato ad impiegare quella sola forma di «adattamento» che una volta gli salvò la vita.

Uno dei miei pazienti soffriva di un forte tremito del braccio destro, con singolari movimenti circolari del pollice e del medio, che presentavano molta somiglianza con un Parkinson unilaterale. L'ipnoanalisi rivelò che durante un furioso combattimento con bombe a mano egli era sul punto di fissare una spoletta su una bomba, con un movimento a vite, quando un altro ordigno esplose a poca distanza da lui. Egli perse coscienza prima di aver potuto sfogare il proprio impeto.

In un altro caso, il paziente compiva dei movimenti coatti con le braccia agitandole come le ali di un mulino a vento. Si trovò che questa non era che

la ripetizione dei movimenti da lui una volta compiuti per liberarsi dalle macerie sotto le quali era rimasto sepolto e che minacciavano di soffocarlo. Questo paziente era molto temuto dagli ufficiali medici che lo avevano in cura essendo molto aggressivo ed avendo più volte, interrompendo i suoi movimenti caratteristici, preso a pugni alcuni di loro stendendoli a terra. L'ansietà di questo soldato era divenuta fissa poichè egli, essendo rimasto sepolto ed avendo poi perso i sensi, era stato privato della possibilità di liberarsi, uccidendo il nemico, della tensione aggressiva accumulatasi in lui. Energie istintive di distruzione convertite (*), 1o spingevano a ripetere una certa serie di azioni, il cui movente era quello di restituire la libertà di agire al suo Io oppresso.

Alcune altre osservazioni circa il significato economico-psichico, di questo fenomeno della «coazione a ripetere» ci permetterà di porre il problema della psicoterapia delle nevrosi di guerra.

La «coazione a ripetere» costituisce un fattore fondamentale di tutte le nevrosi traumatiche. La coazione a ripetere il trauma reale originario deriva dalla necessità dell'Io di scaricare il suo organismo psico-fisico dalle energie accumulatasi in esso. In base a tale impulso il soggetto tende a rivivere la situazione originaria di pericolo, al fine di esperimentare il segnale di allarme psico-biologico, per es. l'ansietà, il quale, a sua volta, metterà in moto i meccanismi fisici e psichici di scarica. Lo shock traumatico consiste nel fatto che, nella situazione originaria, o non si potè addirittura avere alcuno sviluppo di ansietà, o le scariche motorie adeguate a tale reazione (fuga o attacco) rimasero bloccate.

Durante le condizioni di sonno questi meccanismi sono bloccati psicologicamente. Perciò, nelle allucinazioni del sogno, l'Io vede una possibilità di ricreare la situazione traumatica originaria, e di scaricare le sue energie istintive soppresse e rimosse, senza però venire di nuovo a collidere con il mondo oggettivo. Poichè tuttavia l'allucinazione non è che la ripetizione di una situazione reale, il blocco dei meccanismi frequentemente cessa di funzionare e determina qualche volta degli stati di sonnambulismo.

L'Io del nevrotico di guerra sembra essere «in cerca di ansietà». Ciò per due ragioni: primo, poichè, nell'inconscio, vi sono tracce di esperienze primordiali che la condizione psichica data dalla tensione dell'ansietà viene a liberare, sbloccando i meccanismi dell'apparato psichico; secondo, perchè l'Io del nevrotico di guerra sembra aver bisogno di un tale ponte emotivo per poter procedere all'azione. La normale reazione all'ansietà, nel soldato, non è infatti la fuga, ma il combattimento - la distruzione aggressiva. A ciò infatti egli è stato educato dai suoi superiori e dal suo Super-Io, cioè dalla disciplina militare.

Qui noi scopriamo una differenza fondamentale tra la etiologia di una nevrosi di guerra e le psico-nevrosi usuali. Queste ultime hanno origine nell'infanzia, quando il bambino è fisicamente impotente di fronte agli oggetti del suo conflitto, cioè ai suoi genitori. Nel bambino, la normale reazione all'ansietà è la fuga. Perciò nella sintomatologia delle psico-nevrosi comuni noi notiamo la tendenza ad evitare l'ansietà nevrotica, cioè gli scontri con il Super-Io, che rappresenta in questi casi i genitori. Nelle nevrosi di guerra l'Io vuole creare una reale ansietà, al fine di stabilire una situazione emotiva nella quale l'Io stesso si senta eguale all'autorità dei genitori esteriorizzata, la quale è rappresentata da un nemico reale, sia questo un nemico personale ovvero il nemico della patria.

Perciò, se il nevrotico di guerra riesce ad ottenere una trasformazione delle energie affettive, se egli riesce a mutare l'ansietà in furore ed in azione aggressiva, il suo Io può trovare di nuovo la via per tornare alla realtà.

Guardando alla terapia che io applicavo venticinque anni fa, debbo dire che io la impostai in conformità con i principii ora esposti. Allora, naturalmente, io procedetti per intuizione, e soltanto attraverso gli approfondimenti che nel frattempo (grazie a Freud) si sono avuti nella nostra psicologia analitica dell'Io, posso ora definire teoreticamente il principio sul quale si fondava la mia terapia di quel tempo.

Fin dal principio io fui colpito dal tipo caratteristico dei sogni dei miei pazienti e riconobbi in essi la tendenza a ripetere l'esperienza traumatica. Pensai che ciò dovesse indicare una tendenza latente ad una autoterapia. Osservai anche che i soldati con forme epilettiche, durante i loro stati di incoscienza, rivivevano qualche volta per allucinazione delle situazioni di conflitto, caratterizzate dall'emozione dell'ansietà e del furore. Compresi che i loro spasmi muscolari tonico-clonici non rappresentavano altro. che lo scarico del loro furore in forma di movimenti non coordinati. Mi resi conto di ciò essendo in grado. mediante l'ipnosi, di entrare in contatto con i soggetti anche durante i loro stati di incoscienza. Ne conclusi che dovevo far uso di questa tendenza all'autoterapia manifesta durante il sonno e negli attacchi epilettici, e che dovevo quindi dare al paziente la possibilità di ripetere il trauma durante lo stato di incoscienza ipnotica.

Nella mia terapia, io stabilii un ponte diretto tra i due stati di incoscienza - quello del sonno e quello dell'ipnosi. Per esempio, usavo il contenuto di sogni per indurre alla ripetizione ipnotica di scene di guerra traumatiche, o chiedevo al paziente di interpretare egli stesso, durante lo stato di ipnosi, i simboli dei suoi sogni.

Qualche volta applicai la suggestione post-ipnotica per chiedere al paziente di completare, nel sogno, certi frammenti di ricordi tornati alla superficie durante le allucinazioni ipnotiche.

L'esperienza mi insegnò che dipendeva molto dalla mia attitudine personale durante la situazione ipnotica, in qual misura ed in che modo il paziente sottoposto ad ipnosi era in grado di ricordare e di rivivere le esperienze traumatiche nelle sue allucinazioni. Io dovevo rassicurarlo; mediante la suggestione, che egli era perfettamente sicuro e che non doveva temere la possibilità di distruzione fisica o di diffamazione della sua persona. Lo assicuravo, in particolare, che non avrebbe perduto nulla nella mia stima qualsiasi cosa avesse potuto rivelare.

La funzione da me assunta in questo modo - come mi è chiaro ora - era la funzione di Super-Io, di un benevolo Super- lo, un rappresentante del buon padre che gli assicurava sicurezza e protezione contro il suo cattivo padre. In questo modo, in veste di Super-Io del soldato ipnotizzato, potevo eliminare la censura interiore che durante lo stato di sonno erige le barriere della rimozione e inibisce la piena rivelazione delle esperienze traumatiche dimenticate e delle adeguate scariche emotive. In base a questo metodo terapico, il soldato ipnotizzato non soltanto si rappresentava le sue esperienze passate, come nel sogno, ma era portato a «mettere in atto» le sue allucinazioni. Ciò comportava un alleviarsi della sua tensione psichica attraverso. la scarica delle sue energie aggressive nel mondo esterno. Così la costellazione psicologica della situazione ipnotica veniva ad essere una ripetizione, o piuttosto una restituzione, dell'originaria relazione tra il soldato e il suo superiore, nella situazione psicologica della disciplina di guerra. La situazione ipnotica ripeteva la situazione di un Io militare che, scaricando le sue energie aggressive istintive, trova l'approvazione e la protezione del suo Super-Io paterno esteriorizzato.

Da quanto precede appare comprensibile la ragione per cui io, in quel tempo, trovassi necessario, da un punto di vista pratico di introdurre uno specifico nemico nella situazione terapica. Questo «nemico specifico» istallato nella stanza non appena il paziente era ipnotizzato, era costituito da un fantoccio di paglia. Questo fantoccio doveva sostenere la parte di tutte le oggettivazioni del cattivo padre, o, come direi oggi, dei cattivi Super-Io riesteriorizzati, responsabili delle principali offese al narcisismo del soldato.

Consideravo sempre come il principio della cura quello in cui l'iniziale paura del paziente nei rispetti del fantoccio si tramutava successivamente in furore, che portava alla parziale mutilazione o alla completa distruzione del fantoccio. Da questa scarica di energie distruttive contro un oggetto specifico di odio rimosso, derivava spesso un drammatico cambiamento nell'intera personalità del paziente. In particolare, scomparivano gli atteggiamenti depressi uniti ai complessi patologici di colpa. La terapia si concludeva con quello che oggi chiamerei un trattamento psico-ortopedico del Super-Io. Sempre in stato di ipnosi, dopo che le energie aggressive erano state scaricate nel mondo esterno, mi servivo del rilassamento della tensione tra l'Io ed il Super-Io del paziente per riconciliarli. Dicevo al paziente che egli aveva ucciso il suo nemico in sogno, e che non doveva sentirsi colpevole per questo. Egli poteva essere fiero e ritenersi altamente considerato da tutti per ciò che aveva fatto e per le sue buone intenzioni nell'adempiere i suoi doveri verso la nazione. In colloqui in condizioni normali con il paziente, lo aiutavo a comprendere e ad acquisire intellettualmente ciò che gli era accaduto durante l'ipnosi, nonchè nella realtà.

Consideravo i miei pazienti praticamente guariti quando la loro vita onirica risultava completamente cambiata avendo perduto il suo carattere tormentoso, così che il sonno potesse adempiere il suo compito psico-biologico di ristorare e di ricreare. Oggi direi: Consideravo i miei pazienti guariti delle loro nevrosi traumatiche non appena la «coazione a ripetere» aveva cessato di influire sulla loro vita onirica, dopo cioè che il bisogno ne era stato eliminato mediante un adeguato appianamento del conflitto fondamentale in condizioni ipnotiche.

Un gran numero dei miei pazienti furono aiutati, ma non guariti. Dovetti spesso dimetterli quando il modello della ripetizione delle esperienze terrificanti di guerra era scomparso dai loro sogni: ma in sua vece erano comparse delle rappresentazioni simboliche relative a traccie mnemoniche rimosse di precedenti esperienze traumatiche dell'infanzia. Per questi individui sarebbe stata necessaria una continuazione della cura sotto forma di una normale psicoanalisi.

Ci si può chiedere: È l'ipno-terapia psicoanalitica o la psicoanalisi necessaria per tutti i disordini mentali provocati dalla guerra?

Ritengo la cura suddetta indicata per quei soldati la cui sindrome nevrotica di guerra si è sviluppata in

pieno, e in particolare se questi soldati sono già stati inviati in ospedale in patria.

Sono certo che per un gran numero di collassi mentali non è necessaria una psico-terapia così intensa. Come ho detto sopra, ci sono certamente molti soldati che soffrono esclusivamente di disturbi psico-fisiologici del loro equilibrio affettivo, che si trovano cioè in una condizione analoga a quella che Freud chiama «nevrosi attuale» (*). Questi soldati hanno soprattutto bisogno di riposo e di ricreazione, oltre a quello che possiamo chiamare «pronto soccorso psichiatrico».

Fortunatamente, nella guerra moderna gli psichiatri prestano servizio al fronte, in stretto contatto con i reparti combattenti. Da ciò deriva il vantaggio che dei disturbi psichiatrici dei soldati è possibile fare una diagnosi fin negli stadi iniziali, e che, se opportuno, può essere effettuata dai medici una specie di breve psicoterapia. Anche in questa breve psicoterapia è di grande aiuto il «parlare». «Parlare» dà al soldato la possibilità di una catarsi e di dominare intellettualmente le sue reazioni emotive. Il soldato può «dare sfogo» a delle impressioni che altrimenti soffocherebbero il suo spirito. Nella presenza di uno psichiatra amorevole e comprensivo il soldato trova inoltre un sostituto per l'amore paterno che egli brama e di cui è privo. Così questa relazione di «transfert» con lo psichiatra, può aiutare il soldato a guarire sin dall'inizio le ferite narcisistiche del suo lo.

Di grande importanza è il problema della prevenzione. Che cosa può essere fatto per sminuire l'effetto dell'incontro di situazioni terrificanti e pericolose, da una parte e, dall'altra, per mettere 1'«Io militare», in grado di affrontare questo incontro senza disintegrarsi?

Al giorno d'oggi ci sono certi elementi nell'addestramento del soldato che si può dire abbiano delle qualità preventive. In ogni programma di addestramento il soldato è gradualmente abituato ad esperienze estremamente faticose o terrificanti, in modo che quando egli deve affrontarle nella realtà, è già preparato non soltanto fisicamente, ma anche psichicamente ad affrontare il pericolo dall'esterno. Inoltre, è di grande importanza dal punto di vista della prevenzione il fatto che in questa guerra mondiale, assai più che nelle guerre precedenti, il concetto generale del senso di ansietà è stato riconosciuto nel suo reale valore psicologico. Il soldato, individualmente, sa in genere che il senso di ansietà al cospetto di un pericolo reale è una reazione normale, che non fa di lui un codardo. Il semplice fatto che il suo Io può accettare realisticamente questa ansietà, impedisce la rimozione dell'ansietà. Così, l'Io è meglio predisposto a scaricare i suoi sentimenti per una via più adatta, evitando così reazioni di panico.

Per quanto riguarda il pericolo interno, c'è nella disciplina militare moderna un principio che, entro certi limiti, può essere utile per contro bilanciare tale pericolo. Si tratta del tentativo di unire, all'addestramento alla cieca obbedienza, lo sviluppo della capacità di accettare responsabilità personali, come quella di «assumere» il comando in determinate circostanze. Questo è soprattutto possibile nell'addestramento di soldati facenti parte di piccole unità organizzate, che sono assegnati ad armi specializzate come i carri armati, gli aerei, i sottomarini, ecc.

C'è un altro fattore della massima importanza psicologica e realistica e che concerne l'atteggiamento cosciente del soldato verso la guerra che egli combatte. La sua coscienza ha bisogno di una ideologia comune che lo unisca con i suoi commilitoni, i suoi superiori e la sua nazione. Se egli è in possesso di una tale ideologia, il suo Io è fedele non soltanto ad un sostituto esterno del Super-Io, ma anche a un Io-ideale (*) interno, comune a tutti. In tale caso, la struttura del suo Io rimarrà resistente e corrente, anche quando si saranno sciolti i legami libidinosi del soldato con i superiori. La fedeltà al comune Io-Ideale preserverà lo spirito di gruppo e gli eviterà il collasso individuale. Sotto questo riguardo, gli eserciti delle potenze totalitarie si trovano in una situazione migliore, in quanto queste nazioni sono state organizzate su una base di disciplina militare già prima della guerra; quando un civile diviene soldato, egli non fa che portar seco una ideologia di cui è già in possesso.

Un'ideologia comune è anche essenziale nell'aiutare il soldato a liquidare la guerra psicologicamente, cioè a trasformare il suo «Io di guerra» in un «Io di pace». Un processo di rimaturazione emotiva è necessario per tutti i soldati, non soltanto per i nevrotici di guerra. Questo è in sè un difficile compito. L'uomo in uniforme è stato riconosciuto da lui stesso e della popolazione come un rappresentante della causa comune dell'intera nazione. Quando egli deve nuovamente indossare gli abiti civili, diviene un «milite ignoto» dell'esercito dei lavoratori. Se una comune ideologia unisce la nazione prima, durante e dopo la guerra, il suo Io civile rimarrà fedele a questa ideologia e disposto a compiere i sacrifici necessari nel periodo della ricostruzione post-bellica.

La grande abbondanza di nevrosi rivendicative (*) che abbiamo visto dopo la prima guerra mondiale era dovuta al bisogno degli ex-soldati dì gratitudine e di apprezzamento. Le incongruenze osservate quando il soldato congedato lotta per un piccolo compenso e, appunto per questa lotta, continua a

essere psichicamente malato, dimostrano che per l'ex soldato il denaro è soltanto un simbolo dell'apprezzamento. e dell'amore che egli si sforza di ottenere come compenso per la perdita di amore che il suo «Io militare» ha sofferto nei conflitti narcisistici.

Il fenomeno delle nevrosi rivendicative è soltanto uno dei molti altri importanti problemi che indicano psicologicamente quanto l'effetto della guerra sulla nostra psiche non si esaurisca con la smobilitazione. Tuttavia, trattare questo importante problema richiederebbe un nuovo capitolo sulla psicoanalisi del dopoguerra.

Scopo di questo scritto è quello di dare un microscopico quadro dell'Io di guerra. Non pretendo con esso di aver risolto tutti i problemi delle nevrosi traumatiche di guerra. Tuttavia, spero di essere riuscito ad esporre al lettore l'essenza del conflitto psichico ad esse relativo: l'Io è divenuto esso stesso un campo di battaglia, poichè la lotta per l'esistenza individuale e nazionale è stata trasformata in una lotta interna dell'Io per conservare se stesso, cioè la sua psicologica eredità.

Freud aveva ragione, dopo tutto, quando diceva nel 1918: «Nelle nevrosi traumatiche e nelle nevrosi di guerra l'Io dell'individuo difende se stesso da un pericolo che lo minaccia dal di fuori, o da un pericolo che è insito nella sua stessa struttura ... Si può ardire anzi di affermare che nelle nevrosi di guerra, ciò che è temuto è un nemico interno. In tal modo le nevrosi di guerra differiscono dalle nevrosi traumatiche, ma sono simili alle nevrosi di transfert» (da Psychoanalysis Today, New York, International University Press 1944).

BIBLIOGRAFIA

Freud, S., Burlingham, D. - *War and Children* (New York: International University Press, 1944).

Freud, Sigmund, - *Oltre il Principio del Piacere* (1922). - *Psicologia di Gruppo e Analisi dell'Io* (1922). - *L'Io e l'Es* (1927). - *La Civiltà e il suo Malcontento* (1930).

Freud, Ferenczi, Abraham, Simmel, - *La Psicoanalisi e le Nevrosi di Guerra* (1921).

Kardiner, Abram, - *The Traumatic Neuroses of War* (New York and London: PauI Hoeber, Inc, 1941).

Simmel, Ernst, - *Kriegsneurosen und «Psychisches Trauma»* (Otto Nemnich, Monaco 1948).

*Giornaledipsicologia.it*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9450

*Giornale di Psicologia*, Vol. 1, No. 1, 2007
ISSN 1971-9558

(SEZIONE ATTUALITA': PSICOTERAPIA 1946)
Estratti dal volume
*Psichiatria: Sesto supplemento speciale del Bollettino Medico pubblicato dall'U.S.I.S.*
Roma, Ufficio Informazioni Stati Uniti, 1946

# Psicoterapia rapida delle nevrosi di guerra

Roy R. GRINKER, John P. SPIEGEL

(Letto il 14 gennaio 1944 al Congresso Psicoterapico a Chicago)

Il popolo americano, quando viene a conoscenza di un nuovo problema o di una nuova situazione, desidera che tutto venga rapidamente risolto con nuove scoperte. Perciò quando le autorità civili e militari cominciarono ad allarmarsi di fronte al gran numero di malati per nevrosi di guerra, furono richiesti ai medici specialisti, nuovi e rapidi metodi preventivi e curativi. Le pubblicazioni di guerra hanno considerato due tecniche terapiche che sembra siano le più adatte:

1° La cura in ospedale di smistamento, che consiste in riposo, quiete e persuasione (metodo già usato con successo durante l'altra guerra);

2° La cura della narcosi sotto forma di sonno continuato, di narcoipnosi, o narcosintesi (narcosi con prodotti sintetici, metodo già usato nella pratica civile da una diecina di anni).

Senza dubbio si può affermare che l'unico indirizzo nuovo nel tentativo di prevenire e curare le nevrosi di guerra, sia in ospedali avanzati da campo, sia in ospedali territoriali, è la comprensione razionale e profonda del conflitto dinamico fra le sorgenti inconscie di ansietà e le forze dell'Io (*), la comprensione dei sintomi prodotti dalle difese psicologiche, dalle regressioni (*) e dal collasso. Basandosi su tali premesse, la sola nuova tecnica sviluppatasi per la cura delle nevrosi di guerra è la psicoterapia rapida, derivata da principi psicoanalitici.

Per evitare terminologie appropriate, cosa abituale anche fra psichiatri, inseriamo a questo punto una approssimativa classificazione delle nevrosi in rapporto alle fasi della vita militare:

1° Nevrosi del periodo di guerra, che si manifestano prima o all'inizio effettivo della vita militare (da arruolamento).

2° Nevrosi da restrizioni, complicazioni, vita dura e pericoli dell'allenamento militare in patria.

3° Nevrosi da servizi in terra straniera nei quali la separazione, la nostalgia, il difficile clima, le dure condizioni di vita, e la mancanza od eccessivo lavoro, hanno un'importanza notevole.

4° Nevrosi di guerra dovute a combattimenti o esposizioni a bombardamenti.

Soltanto questa categoria può chiamarsi giustamente nevrosi di guerra ed i colpiti rappresentano una vera perdita psichiatrica militare. Questo gruppo, come è stato ben dimostrato, viene reso veramente nevrotico dallo sforzo psichico legato al fattore guerra. La comprensione di tali fattori potrà determinare gli esatti principii terapici, e i risultati da raggiungere. I soggetti resi inabili al combattimento e classificati nei primi tre gradi, possono essere considerati come malati di nevrosi attive o latenti di considerevole gravità. Essi si ammalano e la loro malattia aumenta in seguito a sforzi poco più pesanti di quelli che si possono incontrare nella vita civile; la sindrome clinica è molto simile a quelle riscontrate nella pratica civile, Gli allievi del corpo aeronautico in allenamento fanno eccezione a questa classificazione poichè la loro vita è in costante pericolo, e le reazioni biologiche alla caduta stimolano particolari stati di ansia.

Si comprende bene il giudizio di profani, di molti ufficiali dell'esercito e di alcuni psichiatri, secondo cui lo sviluppo di nevrosi dei primi tre gruppi sarebbe dovuto ad una certa debolezza da loro denominata come «inerente» (costituzionale) secondo loro, le cure che di solito si fanno sotto le armi sarebbero troppo lunghe e senza successo, mentre il ritorno nell'ambiente civile e normale sarebbe probabilmente utile per ristabilire l'equilibrio tale quale era nel passato. Tale concetto, tuttavia, è errato se lo si applica al gruppo delle nevrosi di guerra; inoltre indica mancanza di comprensione delle condizioni del malato da parte dello psichiatra.



© PSICOTECNICA, Milano, Italia

Bisogna ripetere, anche a rischio di apparire banali, che le nevrosi di guerra sono causate dalla guerra. Nessuno è immune dalle nevrosi di guerra; ognuno, per forte ed equilibrato che sia, può in particolari circostanze essere colpito da una nevrosi bellica. L'importanza di tali premesse è in relazione diretta con i metodi di cura, poichè come sappiamo bene, quanto più lo stimolo nel causare uno squilibrio psicologico, deriva dalla realtà, tanto più favorevole è la prognosi di recupero dell'equilibrio.

Molti psichiatri sono contrari a riconoscere le condizioni belliche quali fattori nuovi agenti sull'Io del soldato ed insistono nell'usare il termine «nevrosi traumatica» che starebbe ad indicare una identità fra le nevrosi belliche ed i disturbi che si possono osservare nella vita civile in conseguenza di infortuni, specie nella industria.

Tuttavia le differenze sono molte; le nevrosi traumatiche dei civili, di solito, sono conseguenza di un unico stimolo violento; il periodo di latenza è breve, di solito vi è una lesione fisica concomitante, il recupero è notevole e socialmente soddisfacente e gli ideali dell'Io non sono in conflitto con la malattia. Le nevrosi belliche, invece, di rado seguono un unica esperienza, ma si formano per molti fattori che comprendono ripetuti eccitamenti pericolosi, attività fisica difficoltosa, condizioni ambientali intollerabili, segni prolungati e ripetuti di allontanamento da tutte le relazioni umane amichevoli e violenta rottura di legami personali con camerati morti o feriti, ecc.

Il periodo di latenza è lungo prima che il soldato soccomba; di solito non si hanno traumi fisici in forma di lesioni, e l'alterazioni dell'Io è forte:, spesso porta ad una regressione grave, con disorientamento che persiste a lungo. Questo stato morboso a sua volta è sorgente di nuovi conflitti più gravi con l'ideale dell'Io che accresce lo stato di ansia in modo che l'allontanamento dal combattimento può divenire secondariamente più una perdita che un beneficio per il paziente stesso. L'ansietà della malattia è meno tollerabile della paura della battaglia. Infine, le nevrosi belliche insorgono dopo il collasso di fattori protettivi, come quelli morali e quelli dovuti all'espansioni dell'Io nelle relazioni sociali nell'ambito di singoli gruppi.

Per dare un'idea del completo quadro terapico, enumeriamo le nostre quattro principati direttive:

1° Profilassi contro il collasso. Tale azione è praticata nella aviazione alleata da medici di stormo all'uopo istruiti, nelle forze di terra da psichiatri assegnati di recente ad ogni divisione in combattimento.

2° Far rientrare al più presto possibile il malato psichiatrico guarito o molto migliorato alla sua unità di combattimento.

3° Far riprendere al soldato riabilitato servizi limitati condizionati, in una località che non rischi di provocare ricadute.

4° Trattare i casi più gravi al più presto e in maniera appropriata, o inviarli senza perdere tempo in luoghi dove siano possibili trattamenti di questo genere (se necessario in una zona interna) in modo che il malato possa essere riabilitato, come persona capace di svolgere nel futuro una vita indipendente pressochè normale, senza dover pesare sulla famiglia o sulla comunità, il tutto completato nei quadri del servizio militare.

In principio, le autorità militari. erano solamente interessate al numero di malati che avrebbero potuto riprendere efficacemente la vita di combattimento, Ma non appena l'importanza dei problemi psichiatrici cominciò a divenire più netta, le autorità si interessarono anche alle cure dei malati che potevano riprendere servizi condizionati. La necessità di un programma attivo per sostenere il morale è stata solo di recente universalmente riconosciuta insieme agli altri passi preventivi contro le nevrosi: Si stanno attualmente preparando vasti piani per un programma estensivo di riabilitazione ed è stato lanciato lentamente, ma efficacemente, tutto un programma psichiatrico.

Per quanto intensamente si siano interessate le autorità militari e con seri intendimenti, alla cura psichiatrica in genere, tuttavia l'importanza profonda del programma sta nella risolutezza e nella rapidità del trattamento con il quale viene curato singolarmente il colpito, dato anche il grande numero di casi. È stato affermato che la psicoterapia rapida non sempre significa brevità del periodo durante il quale il medico vede il suo paziente saltuariamente.

La situazione militare richiedeva un'interpretazione letterale del termine «rapida». Il soldato malato può essere trattato soltanto per periodi di tempo brevi in ogni senso della parola. Si può ben capire quindi, come possa essere ricca di lusinghe la promessa di panacee quali la cura del sonno o la tentazione dell'elettroshock, mettendo in breve tempo, centinaia di soldati in una amenza temporanea e poi in uno stato di intontimento che impedisce un giusto apprezzamento del loro stato ansioso. Si pretende che la psicoterapia produca risultati notevoli in un periodo di tempo breve. Può essa riuscirvi se applicata da sola oppure occorre combinarla con altre cure? Noi cercheremo di rispondere alla domanda con i risultati della nostra esperienza personale e le

osservazioni fatte seguendo il lavoro di molti altri psichiatri d'oltremare.

Se noi consideriamo le nevrosi di guerra in termini semplici come l'effetto di interazioni fra le forze dinamiche dell'ansia ed i mezzi protettivi dell'Io, pur non minimizzando gli stati ansiosi latenti o evidenti nel carattere dell'individuo e nelle sue nevrosi precedenti, e senza ignorare le limitazioni del suo Io prodotte da precedenti traumi psichici, è certo che abbiamo davanti a noi una relazione delle funzioni della personalità ed una situazione nuova, cruciale, di importanza vitale: il campo di battaglia e tutti i suoi effetti. È la situazione della guerra che porta l'individuo ad uno squilibrio forzandolo a nuovi adattamenti che possono superare le sue limitazioni. Siamo quindi costretti a fare un esame psicologico del caso psichiatrico, prima di decidere sui procedimenti terapici adeguati. L'ansietà del paziente è forse di tale intensità che il suo Io non è in grado di affrontarla ed ha già adottato tecniche difensive parziali o complete che noi riconosciamo come urgenti, antieconomiche e che hanno già raggiunto quello stato di malattia che noi chiamiamo nevrosi? Oppure la forza dell'Io è stata indebolita dalla fatica, dall'insonnia, dal freddo, dalla fame e da altre privazioni fisiche o da stimoli psicologici dovuti ad alterazioni nelle relazioni con le persone, perdita di fiducia nei capi ed altri fattori che noi definiamo come «indebolimento morale?».

In questo ultimo caso, è ovvio che le nostre cure comprenderanno procedimenti sedativi, sonniferi, caldo, nutrizione, aumento dei «conforts» fisici e allontanamènto dal combattimento. Dal lato psicologico, verranno applicate misure atte a rafforzare l'Io: queste comprendono la persuasione, la suggestione, la identificazione (*) con tutto il gruppo e la stimolazione dell'Io-Ideale (*). In breve, questo è un metodo di «copertura» (covering up). Come sarà descritto più avanti, questo metodo dà buoni risultati quando lo stato di una vera e propria nevrosi non è stato ancora raggiunto e si cominciano a manifestare soltanto superficialmente i segni di ansietà. Per le truppe di terra una sosta di cinque o sei giorni negli ospedali avanzati è sufficiente a far ritornare idonei al combattimento molti di questi soggetti; per le truppe d'aviazione è sufficiente un periodo di calma della stessa durata in un campo di riposo. È importante riuscire ad individuare questi soggetti prima che raggiungano gli ospedali di base, dato che ora si hanno psichiatri anche nelle zone di combattimento e sono stati attrezzati degli ospedali speciali psichiatrici di evacuazione.

Per i malati il cui stato di ansia è eccessivo e non viene ridotto dall'allontanamento dello stimolo per quelli le cui ansietà hanno già stimolato delle difese nevrotiche dell'Io, oppure che hanno alterato completamente l'Io, la tecnica di «copertura» è di scarso valore. La cura del sonno invece è qui efficace. Il rafforzamento dell'Io non dà risultati utili se non nel periodo terminale della malattia: dapprima e innanzi tutto è necessario usare «le tecniche di sçopertura. Queste richiedono la riviviscenza dell'esperienza traumatica con un rilasciamento emozionale dosato, mentre l'Io viene rafforzato e sorvegliato dallo psichiatra. In seguito possono venire usati varii metodi per aumentare la portata dell'Io e ristabilire le sue funzioni discriminative e reali.

In alcuni, casi, noi assistiamo l'Io nella inibizione o tolleranza dell'ansietà, se ciò è possibil' in modo relativamente asintomatico. In altri casi noi scateniamo le forze spostate, rimosse o trasformate in ansietà e le esperienze relative dopo avere diretto la nostra attenzione e le nostre cure verso la ricostruzione dell'Io e del Super-Io. Dato che questi due metodi sono così opposti, è necessaria una buona esperienza per la scelta dei malati. Noi diciamo di solito che sono più adatti alla tecnica inibitoria quei malati con gradi modici di ansietà e piccole deformazioni dell'Io.

Ora noi siamo pronti a discutere la psicoterapia rapida e le sue applicazioni nelle zone avanzate. Nell'A.T.O. (zona di operazioni dell'Africa) i maggiori Wishart, Tureen e Hanson sono stati i pionieri di questa nuova tecnica, semplice e logica: affermando che le forze dell'Io sono state indebolite dal freddo, dalla fame, dal pericolo, dalla mancanza di sonno e di esercizio fisico, si fa dormire il paziente con l'aiuto di adatti sedativi, al caldo, nutrendolo, facendogli fare bagni e dandogli vestiti puliti. L'atmosfera psicologica nell'ospedale che ospita uomini della stessa unità con lesioni minime è intesa ad affrettare il loro ritorno al proprio compito. La disciplina è più militare che ospedaliera e di solito i malati sono obbligati a mangiare nelle mense comuni e a prendere cura di loro stessi.

La psicoterapia praticata dagli specialisti in quella zona era davvero breve e comprendeva specialmente la suggestione e la persuasione, tecniche che gli sperimentatori avevano usato con successo nella pratica civile. Vi era grande entusiasmo terapico, quindi, da parte dello psichiatra, cosa necessaria per il successo di questi metodi. Ogni uomo veniva interrogato nella corsia aperta. Solo nel caso vi fossero questioni di carattere strettamente personale, la conversazione si svolgeva a parte. Le parole convincenti e rassicuranti dello psichiatra che non aveva alcun dubbio sulla possibilità del malato di ritornare ai suoi doveri, le spiegazioni pseudofisiologiche della

ansietà, le discussioni sulla universalità della paura e le domande principali «vuoi ritornare al tuo posto e provare ancora, non è vero?») erano fatte a voce alta in modo che l'intera corsia seguiva ripetutamente lo stesso interrogatorio. Non si cercava affatto di scoprire le sorgenti dell'ansietà, nessun tentativo di aiuto, veniva fatto, ma, si aumentava gradualmente di fermezza nello spingere il paziente a ritornare al suo posto. Qualora il sonno fosse prolungato con sonniferi barbiturici, tale stato veniva utilizzato come una ipnosi e veniva applicata una suggestione profonda e ripetuta perchè il paziente tornasse al posto di combattimento. L'ultimo passo nella pressione era una intensificazione delle richieste del Super-Io (*). Veniva stimolata la tensione o aumentata insistendo sul fatto che l'allontanamento dalla zona di combattimento era disonorevole, che la famiglia, gli amici, i camerati e il paese si aspettavano il ritorno del soldato al suo posto per il compimento del suo dovere. La degenza massima nell'ospedale avanzato era di 4-5 giorni; una permanenza più lunga veniva considerata come un'indulgenza, capace di trasformare l'ansietà in un sintomo.

Il dinamismo di questa tecnica sarà familiare a tutti voi, e noi abbiamo già indicato che per tale procedimento si debbono scegliere soltanto malati senza nevrosi conclamate. Certamente soltanto a questo tipo si riferivano alcuni psichiatri affermando che le nevrosi di guerra non sono nevrosi pèrchè non vi è alterazione duratura dell'Io. Certo non si potevano riferire a quei casi che si osservano nelle zone interne.

Il 60 % dei casi scelti per questo tipo di trattamento tornò al posto di combattimento. Noi non vogliamo insistere sul fondamento dei nostri dubbi circa queste statistiche o sulle nostre osservazioni riguardo al numero delle ricadute. È sufficiente dire che almeno per un certo periodo di tempo i soldati tornarono in prima linea (se in piena efficienza o no, è difficile affermarlo). Inoltre il risultato finale in molti di questi soldati che portano in loro stessi un deposito di ansietà rimossa, potrà diventare, presto o tardi, un problema post-bellico.

Non vi è dubbio che l'intervento è necessario e al più presto possibile, vicino alla linea di combattimento e deve essere eseguito con entusiasmo: in tal modo molti uomini potranno tornare al loro posto di combattimento, Ma per ottenere questo risultato è necessario un senso psichiatrico molto acuto, in modo da poter determinare nell'uomo la prognosi finale esatta. Lo scopo finale non deve tendere ad un risultato statistico. Ora verremo a descrivere il tipo di psicoterapia di «scopertura».

Nei singoli casi la prognosi è in relazione con moltissimi fattori vaghi ed intangibili che spesso non si riescono ad apprezzare se non dopo l'inizio della cura. Tuttavia, si possono sottolineare alcuni criteri di carattere generale il cui significato è ben noto:

1° La anamnesi del paziente: le sue nevrosi precedenti, le attività e le capacità.

2° Il grado di diminuzione delle resistenze che ha contribuito al collasso.

3° Precedenti traumi psicologici di data recente.

4° La gravità del trauma provocatorio.

5° Il grado di ansietà.

6° Le forze dell'Io.

7° La capacità di comprensione psicologica.

8° Il grado di ostilità rimossa (*) (questo diviene fisso e cronico molto presto).

9° Il tipo clinico della sindrome.

10° Il tempo a disposizione per le cure.

Le tecniche «di scopertura» possono essere adottate nelle zone di combattimento, soltanto negli ospedali principali o in reparti di specialità psichiatrica. Una buona psicoterapia comprende inoltre dei metodi adeguati per assicurare il sonno (sedativi), migliorare le condizioni fisiche e curare tutte le malattie concomitanti, vitto buono e cure generali di convalescenza con ergoterapia; ma di queste non vi è bisogno di parlare qui.

Ciò che richiede la nostra attenzione è il fatto che non abbiamo tempo sufficiente per agire sulle resistenze del soggetto nel tentativo di riportare alla coscienza le emozioni rimosse. Neppure abbiamo il tempo di rafforzare l'Io in modo che le ansietà scoperte possano venire tollerate anche in piccola parte. Fortunatamente abbiamo a nostra disposizione l'uso dei barbiturici che dovranno essere usati in molti casi al più presto, spesso prima della psicoterapia. Alcuni malati con grado minore di ansietà possono essere trattati adeguatamente anche senza una narcosi preliminare. Il metodo che si serve dei barbiturici è stato denominato narcosintesi.

Noi abbiamo adottato il pentotal sodico per via endovenosa, ottenendo uno stato di seminarcosi, durante il quale il paziente rivive le impressioni che lo hanno traumatizzato durante la battaglia. La cura provoca nel paziente una nuova esperienza degli intensi stati emozionali, associati in origine con le impressioni reali della battaglia e perpetuate in vari stadi di rimozione fino al momento della cura. Nello stesso tempo l'azione del farmaco permette al paziente di rivivere queste emozioni in un maniera razionale ed economica, piuttosto che con mezzi difensivi catastrofici che darebbero origine a gravi menomazioni nevrotiche.

Durante questa cura il paziente sembra sintetizzi, metta insieme, le emozioni frammentarie e le impressioni collegate con le sue esperienze, costruendo così un ricordo che corrisponde quasi completamente alla esperienza originale. Il paziente liberato dalle immense forze emozionali rimosse, ristabilisce i contatti fra gli impulsi emozionali più profondi e potenti ed il mondo della realtà.

Vi sono varie tecniche adottate per le somministrazioni endovenose di barbiturici, a seconda dei concetti che si è formato lo psichiatra sulla terapia. Alcuni adoperano per via endovenosa l'amital o il pentotal sodici per un sonno continuo; questi metodi ci sono sembrati inefficaci nelle nostre prove. I malati si tranquillizzano e gli stati ansiosi più leggeri sembrano molto migliorati, ma al più piccolo rumore improvviso o impressione che ricordi il pericolo, rapidamente peggiorano. Altri psichiatri sottopongono il paziente ad interrogatori, altri danno suggestioni potenti mentre altri ancora preferiscono lasciar libero il paziente di esprimersi e non entrano in discussione con lui nè durante nè dopo la cura.

Nel nostro ospedale è stato seguito con notevole successo il metodo seguente: il malato viene isolato in una stanza semibuia e gli viene detto che riceverà una iniezione per farlo dormire. Poi viene iniettato il farmaco in una vena alla piega del gomito con molta lentezza (gr. 0,10 al minuto), mentre si dice al malato di contare all'indietro dal n. 100. Poco dopo, il suo modo di contare diviene confuso e prima che si determini un sonno vero e proprio, si sospende l'iniezione. Se il paziente è muto o rimane in stato stuporoso, tale da non poter contare, si potrà calcolare la profondità della narcosi dal tono delle palpebre e dei riflessi pupillari. In qualche caso, molto raramente, l'iniezione diviene difficile a causa di violenti tremori del braccio; in quasi tutti i casi vi è un certo aumento dei sintomi di ansia al momento in cui si inizia l'iniezione; tuttavia a mano a mano che questa procede, i tremori scompaiono ed il malato diventa quieto. Il modo di parlare diventa talvolta difficoltoso e può anche comparire una tosse spasmodica, ma non si è mai notato comparsa di edema polmonare con questa tecnica e dosaggio.

Appena viene raggiunto un livello di narcosi soddisfacente, alcuni malati cominciano a parlare spontaneamente, e se il malato tocca l'argomento delle sue esperienze di battaglia, lo si lascia continuare senza interromperlo, in molti casi, tuttavia, è necessario uno stimolo verbale: si dice al paziente che si trova effettivamente sulla linea del fuoco nel campo di battaglia; a seconda di quanto si è riusciti a sapere dalla sua anamnesi, vengono forniti alcuni specifici dettagli che corrispondono alla situazione reale nel momento del trauma. Se nulla si sa della situazione precedente, viene descritta una scena tipica: al paziente viene detto che stanno cadendo dei proiettili, che uno è caduto proprio vicino a lui; aeroplani nemici stanno proprio sopra la sua testa o si avvicinano da un fianco dei carri armati, egli deve dire quello che succede. La quantità di stimoli di questo genere necessari a spingere il paziente a parlare, varia enormemente: alcuni malati reagiscono alle prime parole e si slanciano in un vivido racconto dell'azione, altri resistono per un certo tempo e quando tale resistenza si mantiene, si deve rendere lo stimolo più drammatico e reale: il terapista assume la parte di un camerata che grida al paziente in voce spaventata per avvertirlo di nascondersi che un proiettile sta per colpirlo, o gli chiede di aiutare un altro compagno ferito. La persistenza è ricompensata in quasi tutti i casi da un racconto progressivo della scena.

È impossibile descrivere le reazioni che si ottengono durante la narcosintesi da pentotal, tanto sono varie. Alcuni pazienti rappresentano le parti traumatiche della scena di guerra. Se la loro reazione è di questo tipo si permette loro alzarsi dal letto e vagare per la stanza in cerca di un riparo nella trincea, di un amico perduto, del Comando, o di qualunque altra cosa richiesta dall'azione. Alcuni vivono la scena emozionalmente e verbalmente, senza produzione di molta attività motoria. Parlano a compagni invisibili, trasaliscono ad esplosioni non udibili, nascondono la testa sotto il guanciale quando sentono che i proiettili cadono vicini e si appiattiscono nel letto, come se fossero nel fondo della loro trincea.

È impressionante vedere il terrore espresso nei momenti più salienti del pericolo, come nella imminenza di un'esplosione, per la morte di un compagno, proprio sotto gli occhi del paziente, o per mancanza di un riparo sotto la fitta pioggia di bombe. Il corpo diviene sempre più teso e irrigidito; gli occhi spalancati con le pupille dilatate, mentre la pelle è bagnata di sudore. Le mani si agitano convulsamente, cercando un'arma, o un amico che divida il pericolo. Il respiro diventa incredibilmente rapido e superficiale. L'intensità della emozione talvolta diventa più forte di quanto il paziente possa sopportare e spesso nell'acme della reazione, vi è un collasso e il paziente ricade sul letto restando calmo per pochi minuti, per poi concludere il racconto in maniera molto più calma e breve. Alcuni malati si fermano a ripetere più volte una certa scena traumatica; vivendola ripetutamente, come se non potessero sorpassere questo punto, come succede per un grammofono che suona un disco rotto. In questi casi sono necessarie più di una narcosintesi con pento-

tal in modo che in ogni seduta successiva si riesca a portare alla superficie nuovi punti di emozioni rimosse. Questo stato è più comune nelle forme di ansietà amnesica e stuporosa dove l'Io sembra incapace di elaborare le esperienze traumatiche se non in piccole dosi suddivise.

Altri malati in cui vi era stata amnesia senza un eccessivo stato di ansia, divenivano spesso improvvisamente bloccati nel racconto della loro esperienza non appena si avvicinavano al momento del trauma. Non appena cominciava a comparire l'ansietà, poco prima della scena traumatica, essi cessavano di parlare e riassumevano le loro difese caratteristiche. Essi non sanno cosa fosse successo dopo. A questo punto, il terapista fa pressioni interrogando e forzando il paziente a proseguire nella narrazione; di solito sono necessarie parecchie sedute di narcosintesi per mettere a nudo il trauma. Molto spesso, specialmente negli ansiosi lievi, il paziente n0tl rivive la scena al presente, ma la racconta come una storia. Chi è stato capace di conquistare un certo distanziamento dalla esperienza traumatica e può considerarla come un evento del passato, non lotta contro lo scatenamento delle emozioni violente in relazione con l'evento.

Durante il periodo in cui il paziente sta lottando in questa maniera con le sue esperienze traumatiche, il terapista deve assumere parti attive o passive a seconda delle necessità della situazione. Non si deve tentare di produrre uno stato ipnotico. II terapista rimane come una vaga figura di sfondo con il vantaggio di potere assumere altri aspetti a seconda delle necessità. Alcuni malati, specialmente quelli con stati di ansia lieve, personalità salda e buoni contatti con la realtà, sono consci della presenza dell'ufficiale medico durante il trattamento. Essi si rendono conto che stanno raccontando la storia a lui e fanno assegnamento di lui soltanto per un certo grado di aiuto e simpatia durante i momenti di forte emozione. I casi gravi tuttavia, nei quali vi è un intenso «rivivere» dell'esperienza nel presente, sono realmente tuffati nella battaglia. In questi casi il medico dovrà assumere varie parti. Quando il malato appare sconvolto per la violenza del terrore, il medico si presenterà come una persona che protegge e aiuta, conforta e rassicura il paziente e lo incoraggia a proseguire il racconto. Se non si fa in questo modo, spesso vi è il pericolo che si riproducano le reazioni protettive iniziali di stupore o di amnesia ed il malato non fa più progressi. Quando vengono espressi grandi lamenti di collera per la morte di un migliore amico o per senso di colpa per la uccisione di un giovane soldato nemico, il paziente spesso si butta nelle braccia del terapista che siede al suo capezzale come se domandasse perdono e consolazione ad un affettuoso genitore. Ed è questa consolazione che il medico deve dare, perchè gli effetti di una risposta appropriata al paziente, data la grande necessità del momento, saranno molto più benefici che non più tardi o in un altro momento della intervista psicoterapica in cui il problema viene discusso in maniera più calma e distaccata. Alcuni malati che parlano ininterrottamente, come se fossero con amici, ad un certo momento vengono bloccati nel racconto per l'intensità dell'emozione: il terapista in questi casi deve assumere la parte dell'amico, come se partecipasse alla vera scena della battaglia; egli discute i piani di azione, il modo di soccorrere i compagni feriti o qualunque altro passo persuasivo per far progredire la narrazione in atto.

Quando il problema iniziale è quello di vincere un sintoma somatico, come il mutismo, la sordità o le paralisi, il terapista può avere bisogno di assumere una parte autoritaria e comandare al paziente di parlare, di sentire e di muoversi. Non sempre però è necessaria tale interferenza diretta. Di solito, non appena emerge l'ansietà che è in relazione con il ricordo del trauma, la sintomatologia scompare spontaneamente. Un malato con sintomi gravi di conversione (*) sotto il pentotal può cominciare a parlare delle sue esperienze in maniera calma e distaccata, ma non appena prosegue nel racconto, si scatenano quantità di ansia crescenti. Il sintoma somatico scompare non appena si scatenino le rispettive reazioni emozionali.

È stato provato che è erronea l'idea che la terapia con narcosi sotto qualsiasi forma basti da solo per il trattamento delle nevrosi acute di guerra: infatti, spesso si osservano delle recidive se non si interviene anche con qualcos'altro anche se non avviene la stessa grave regressione di prima. Al più presto dovrà essere applicata una buona psicoterapia; infatti non appena il paziente si rimette dagli effetti del pentotal, cosa molto rapida, la conversazione continua in stato di coscienza. La nostra psicoterapia di necessità deve essere rapida, in modo che ogni paziente sia trattato da 15 a 30 minuti al giorno nei primi stadi dei casi gravi e poi ogni due giorni o due volte la settimana a seconda della quantità di lavoro incombente e della disponibilità dei posti. Gli scopi della psicoterapia rapida sono nettamente limitati, come nella pratica civile. Non possiamo davvero pretendere di potèr alterare la personalità fondamentale del paziente; noi tentiamo di liberare la tensione psicologica nell'inconscio, si rafforzare l'Io e di diminuire la gravità della pressione del Super-Io. Dalle nostre osservazioni abbiamo presto imparato che nei casi gravi curati in ospedale, i nostri scopi dal punto di

vista militare debbono essere ridotti nella maggioranza dei casi ad un ritorno soltanto a servizi condizionati e non ad una idoneità illimitata. Nei casi in cui il trattamento falliva, si proponeva il ritorno negli Stati Uniti per ulteriori cure nella speranza di raggiungere lo scopo fondamentale, che è quello della idoneità alla normale vita civile.

Ora vedremo come si possono raggiungere questi effetti, schematizzando il nostro trattamento in gradi per la chiarezza di questa esposizione, ricordando che la nostra terapia è un complesso armonico e non un processo scisso in singole fasi. Nella nostra esposizione limitata non potremo riportare i casi clinici ed i dettagli di tecnica.

Il transfert (*) positivo verso lo psichiatra viene stabilito in maniera abbastanza rapida in quasi tutti i casi. Lo psichiatra è colui che vede nel soldato una persona, come un uomo e non come un dente del tremendo ingranaggio bellico. Egli a sua volta rappresenta per il soldato nevrotico il più vicino appoggio, richiesto dall'intero suo essere ammalato, in preda all'ansietà che lo travolge. La figura affettuosa del genitore che egli invoca in netto contrasto con la voce autoritaria e imperiosa degli ufficiali del Corpo. È molto facile a capire che se lo psichiatra assume un aspetto militare mentre veste l'uniforme, cessa immediatamente di avere una funzione psichiatrica.

Di solito, la relazione di transfert viene stabilita con rapidità ed ha evidenti caratteristiche infantili che il medico incoraggia con il suo interessamento di simpatia e con l'assumere la completa responsabilità per il miglioramento del paziente. In questo momento egli conforta ed appoggia il paziente che in un primo tempo, convinto che tutto il mondo gli sia ostile, accettava tale sostegno soltanto in via provvisoria. Tuttavia, i bisogni del soldato sono tanto grandi che ben presto egli si abbandona completamente alla tutela del medico. È molto meno facile stabilire una buona relazione di transfert, quando le forze dell'Io sono alterate in grado minore, come nell'isteria e nei disturbi psicosomatici (*). Quando il transfert inizia con un sentimento negativo in un paziente irritabile, ostile e chiuso, noi abbiamo osservato che di solito i pazienti di questo genere soffrono per notevole ostilità rimossa e si fissano piuttosto precocemente in una forma cronica ed hanno minori probabilità favorevoli nella prognosi di guarigione. Nella zona di combattimento l'elaborazione delle resistenze al transfert richiede troppo tempo.

Il rilasciamento della tensione dell'inconscio riguarda principalmente le emozioni di ansia, il cui eccesso o persistenza, sono il problema centrale delle nevrosi di guerra. Quando l'Io è stato capace di respingere con successo gli aspetti subiettivi ultrapotenti di ansia con la formazione di sintomi fobici o di conversione, la resistenza ad una nuova rivivescenza cosciente dell'ansia è troppo forte per essere superata in breve tempo. Quando l'Io ha regredito davanti all'assalto dell'ansietà, le espressioni fisiche di questa, finiscono per dominare la sintomatologia somatica in modo che l'Io risulta troppo piccolo per potersi poggiare su di esso. Perciò nella maggior parte di questi casi noi abbiamo dovuto ricorrere al metodo della narcosintesi, precedentemente illustrato. Senza addentrarci nel campo della psicofisiologia, gli effetti osservati sono: la ricomparsa delle funzioni dell'Io, il riapparire di ansietà libera, con scomparsa dei sintomi somatici di conversione e di eccessivo eccitamento autonomo. Talvolta è necessario più di un trattamento: spesso l'ansietà è troppo potente, specie nei casi con profonde regressioni somatiche, (sindromi a tipo extrapiramidale) e l'Io regredisce di nuovo durante la cura. Il terapista deve imparare con l'esperienza la quantità di ansia che può essere sopportata in ogni stadio di restituzione dell'Io.

Noi abbiamo notato due fenomeni di importanza: un soldato può avere un collasso in una battaglia, ma la ansietà liberata durante la cura può essere riallacciata ad episodi di battaglie avvenute parecchi mesi prima. Molti casi con gravi alterazioni dell'Io non venivano migliorati in maniera apprezzabile dal rivivere le situazioni della battaglia che avevano iniziato il collasso. In questi casi si rivelavano vecchie ansietà e risentimenti che datavano dalla vita civile e come se un'onda iniziata sul campo di battaglia spazzasse ogni cosa davanti a sè ed aumentasse di velocità per la spinta di vecchi conflitti non risolti, questi naturalmente, debbono essere risolti sul momento.

Il pentotal supera la resistenza (*) contro l'ansietà rimossa, spesso un miglioramento parziale intensifica queste resistenze. Ma il malato durante la psicoterapia deve essere incoraggiato e spesso fatto persuadere in maniera decisa a raccontare ripetutamente al medico tutto quello che ricorda del trauma. Spesso vengono osservate brecce nella memoria e residui di rimozione. Il soldato può dimenticare tutto quello che ha raccontato sotto la narcosi da pentotal e bisogna ricordarglielo. La resistenza dell'Io che rappresenta la sua incapacità a sopportare l'ansietà diminuisce non appena aumenta la fiducia nello psichiatra. Man mano che 1'Io rinvigorisce per l'appoggio dello psichiatra, la sua capacità di sopportare l'ansietà aumenta. Tuttavia lo psichiatra deve mantenere una pressione costante nelle sue conversazioni, mai troppo intensa, altrimenti le regressioni possono ricomparire. L'esperienza fa aumenta-

re la propria abilità. Noi non staremo a ripetere le interpretazioni e le dimostrazioni date al paziente, giacchè in realtà egli sopporta le sofferenze delle ansie scatenate soltanto per il suo bisogno emozionale dell'appoggio da parte del medico.

La soddisfazione dei bisogni di appoggio che si inizia naturalmente dalle prime sedute è continuata durante il trattamento con pentotal e più tardi nella psicoterapia. È la base del transfert. Quando abbiamo parlato della liberazione dell'ansietà dall'inconscio, non abbiamo fatto alcun accenno al pericolo che questo segnale preannunciava. È chiaro ora il perchè la soddisfazione dei bisogni di appoggio è qualcosa di più di un espediente per affrettare i sentimenti di transfert. Non appena l'ansia raggiunge il cosciente, la sorgente di ansietà diviene più chiara in ogni incidente, ogni racconto ed ogni reazione del paziente. Egli singhiozza, piange violentemente, si getta nelle braccia dello psichiatra, chiedendo aiuto e conforto, mentre racconta come sia stato privato di ogni genere di aiuto, di conforto e di affetto. Gli ufficiali, gli altri soldati, gli amici ed i camerati tutti, improvvisamente divengono impotenti di fronte alla onnipresente attività e fuoco del nemico. Egli è rimasto un individuo isolato nel buio e le relazioni con le altre persone sono state violentemente interrotte. Vediamo così in realtà le reazioni automatiche di emergenza di fronte al pericolo; i movimenti di abbassarsi, di nascondersi, di correre vengono rivissuti sotto l'azione del pentotal, ma essi diminuiscono gradualmente di intensità mentre risuona un pianto infantile. Davvero noi assistiamo ad una parvenza di rabbia quando il soldato con i pugni chiusi si batte il petto urlando insulti al nemico e minacce; ma queste non sono che impotenti ostilità spostate. Noi non vogliamo negare che le ansie del paziente siano segno di sofferenza a causa dell'intensa attivazione delle sue inaccettabili ostilità, e che in parecchi malati i meccanismi di emergenza stimolati dai pericoli esterni divengano eccessivi sopraffacendo l'Io oppure non si spengano a pericolo scomparso; ma, nella grande maggioranza dei casi la sorgente di ansia è un sentimento di abbandono, la sensazione di essere lasciato solo come un bambino in una camera buia con la porta chiusa e nessuna voce umana udibile. È ora evidente quanta indulgenza ed affetto meritino questi soggetti. Essi hanno anche dato di più delle loro capacità e il deficit della loro riserva psichica deve essere coperto prima che il malato riprenda l'aspetto di un adulto.

Il riconoscimento del presente nel tempo e nello spazio è un passo che procede rapidamente fino ad un certo punto sotto il pentotal, ma il riordinamento finale nei casi gravi è lento e soggetto a regressioni in quanto di fronte ad una situazione pericolosa e senza sorta di aiuto, l'Io ha reagito come lo avrebbe fatto un bambino. Abbandona la scena: stupore; rifiuta di ascoltare i rumori: sordità; rifiuta di parlarne: mutismo; oppure rifiuta di saperne qualunque cosa: amnesia o nei casi lievi sviluppo di meccanismi fobici. Durante l'azione del pentotal e subito dopo, il paziente abbandonerà queste difese fino a che il medico dà completi segni della sua presenza e soccorrevolezza. Il paziente vede attraverso gli occhi del medico un mondo dove non vi è pericolo, ma questi sono solo occhi presi in prestito. Le difficoltà fra le persone della corsia, le questioni con le infermiere e con gli altri malati, il sentire gli aeroplani sopra la testa; le fucilate lontane, le lettere fastidiose da casa, tutto serve a ricordare al paziente i pericoli che lo sovrastano. Talvolta alcuni mesi più tardi il soldato che era già tornato a lavorare stabilmente in un settore tranquillo, può avere una completa ricaduta nel ricevere cattive notizie da casa. Possiamo già prevedere fin da ora che molte nevrosi da guerra potranno ricomparire a distanza di anni nella vita civile, quando il peso dell'ambiente risveglierà vecchi sentimenti di isolamento e di mancanza di aiuti. La previsione del ritorno al combattimento è una potente forza nel mantenere in vita la «politica dello struzzo» dell'Io, e ciò deve essere smentito con energiche assicurazioni date al più presto. I progressi nell'imparare che il mondo non è interamente ostile, vengono raggiunti inizialmente attraverso l'identificazione (*) col medico come persona che pur non combattente, serve ancora a qualche cosa di utile. La portata e le forze dell'Io vengono accresciute man mano che il paziente prende in prestito la forza dello psichiatra. Questo è fatto inizialmente mediante una suggestione potente e continua: più tardi con l'interpretazione razionale di ciascuno e di qualunque manifesto stimolo alla regressione. In ultimo occorre del tempo affinchè il malato possa convincersi della sincerità delle persone che lo circondano, e questo viene fatto in principio con l'aiuto del medico: da questo si può capire come ci deve imbarazzare il fatto del ritorno del malato nell'esercito, dato che questo non giova molto a tale convinzione. Molti soldati tornano a noi per ulteriore trattamento per le loro reazioni a rimproveri relativamente miti, reazioni che nei casi gravi possono assumere l'aspetto di tendenze paranoidi. Questa fase della cura non è nuova per coloro che hanno avuto a che fare con malati la cui vita precedente era colma di reali dinieghi ed è noto la pazienza ed il tempo che ci vogliono a superarla.

Il rilasciamento dell'ostilità rimossa: questo è il compito più duro che spesso fallisce completamen-

te. Questi malati o dimostrano un eccesso di aggressività, che il loro Io non può lasciare affiorare nella coscienza, oppure sono psicologicamente incapaci di affrontare impulsi ostili anche lievi, con altro mezzo che con la rimozione. Questi sono caratteri rigidi ed ostinati, con molte manifestazioni reattive (*) di tipo ossessivo. Soffrono di ripetuti sogni di combattimenti, tendono a sottrarsi ai contatti sociali e mostrano un alto grado di irritabilità continua. Sotto l'azione del pentotal la liberazione di alcuni loro impulsi aggressivi spesso li scuote in gesticolazioni violente, simboliche od anche in spasmi convulsivi. Essi tendono presto a fermarsi in uno stato cronico stazionario e costituiscono il tipo di malato da noi veduto per molti anni come conseguenza dell'altra guerra nei Veteran's Bureau Hospital. Per questo tipo di malati il pentotal viene usato in parecchie sedute fino a che sia certo che non c'è più nulla da fare. Si userà allora la cura con l'elettroshock che in qualche caso potrà dare buoni risultati. Con ulteriore psicoterapia si può ottenere un'idoneità limitata del soggetto al servizio. Le depressioni improvvise per la perdita di un camerata sono anche esse spesso refrattarie ad altre forme di terapia. In tali casi i rapporti ambivalenti (*) hanno lasciato molta ostilità inconscia verso il camerata morto, inaccettabile all'Io cosciente. La psicoterapia rapida non è di solito possibile poichè la quantità ed il grado dell'interpretazione delle ostilità spostata verso l'ambiente immediatamente circostante possono soltanto essere seguite lentamente e con molte ripetizioni. Nessun malato può ottenere un'attenzione personale sufficiente per una cura che possa dare risultati soddisfacenti.

L'identificazione con il terapista rappresenta come abbiamo visto, il primo passo importante nel considerare il mondo come un luogo non completamente ostile; serve, inoltre, a scopi dinamici. L'ostilità del Super-Io (*) è una delle principali forze che tormentano l'Io e lo indeboliscono. Ogni malato soffre con varia intensità di un senso di insuccesso, più grave in quelli con forte ipercompensazione e in quelli che sono tormentati da ansietà da periodi di tempo molto lunghi. Man mano che la regressione diminuisce, appare evidente che la depressione era causata dall'incapacità di mantenere l'efficienza militare richiesta dalla propria coscienza. L'Io-Ideale del soldato insiste dicendolo vile, codardo, impotente, inutile, incapace, senza neanche uno sgraffio che possa giustificare la sua diserzione dal dovere. Fino a che il Super-Io mantiene la sua identificazione con gli amici viventi o morti sul campo di battaglia, esso rimarrà irritato ed esigente. Spesso l'Io-Ideale deriva da un padre che si era comportato valorosamente nella prima guerra mondiale ed il ritorno a casa nella condizione di nevrotico diviene un pensiero così doloroso che molti chiedono di tornare sul campo di battaglia come uno spostato tentativo di suicidio. Il passo nella terapia a voi familiare che deve essere compiuto è l'indebolimento delle richieste del vecchio Super-Io per mezzo dell'identificazione con il terapista e la giusta interpretazione. Mentre tale identificazione si accresce lentamente, la depressione diminuisce ed il malato vede sè stesso come una persona che ha fatto del suo meglio e che ha ancora una funzione importante nell'esercito anche se non combattente. Questo procedimento non è difficile nè lungo. È affrettato dalla ergoterapia di natura militare e si conclude quando il soldato fa nuove identificazioni fra le unità non combattenti ed il gruppo dei suoi ideali.

Lo sviluppo dell'indipendenza dal medico è l'ultimo passo della terapia e può essere iniziato solo nell'ospedale, richiede molto lavoro e dura parecchi mesi. L'Io ricostituito con il ripristino di contatti con una realtà sana e sicura, convinto che il ritorno al combattimento non è più il suo incubo, viene ora diretto a prendere in considerazione il futuro. Ancora scottato e vergognoso delle beffe della sua coscienza, il rispetto per se stesso è promosso con l'identificazione con il non-combattente psichiatra. Ma è necessario ancora convincere il paziente che potrà agire senza un continuo sostegno: questo passo è facilitato dalla ergoterapia, dando ai malati da portare a termine lavori utili allo sforzo bellico e non oggetti artisti o peggio inutili. I lavori di ufficio, la dattilografia, trasporto della posta e cento altre occupazioni nell'ospedale, terranno il soldato in attività e affretteranno in lui il ripristino del rispetto di se stesso. Presto essi chiederanno di essere dimessi e di poter raggiungere un posto dove possano lavorare per la loro propria salvezza in modo da poter tornare a casa a testa alta, come uomini che hanno pienamente compiuto il loro dovere. Stimolando la loro riabilitazione nell'ambito dell'esercito, si otterrà il vantaggio di poter ridurre al minimo la loro dipendenza dalle famiglie e dalle pensioni di guerra. Negli stati gravi di ansia, tuttavia, possono persistere con grande ostinazione alcune tendenze a riguardo: ciò è particolarmente evidente nei casi in cui il malato rifiuta di riconoscere o di ammettere il significato delle sue necessità di appoggio. In malti malati nei quali l'ansia o la depressione, ppure entrambe, persistono anche molto oltre il periodo in cui l'Io avrebbe dovuto ricominciare a prendere il controllo, è chiaro che lo continua incapacità ha scopi reconditi. Mentre inizialmente l'lo ha sufficienti giustificazioni per considerarsi colpito ed incapace a tener

testa all'ambiente che lo circonda, tali giustificazioni non possono più sussistere dopo una prolungata dimora in un ambiente sicuro.

Il perservare nel prima atteggiamento è quindi dovuto al tentativo dell'lo di eludere e calmare le richieste dell'lo-Ideale. L'lo dice, come se fosse realmente così: «Voi mi avete ridotto così; io ho resistito finchè ho potuto, secondo le vostre imposizioni, e sono stato spezzato e abbattuto; ora sono debole ed indifeso ed in istato di non poter tornare a combattere. Debbo essere perdonato perchè non è colpa mia».

Abbiamo ricordato i fattori importanti per la prognosi; vedremo ora come si curano in generale le sindromi cliniche. Gli stati di ansia «flottante» (*) hanno una buana prognosi, anche se casi gravi richiedano un periodo di tempo più lungo e disponibile soltanto a casa, specie quando vi sono gravi regressioni somatiche. Gli stati di conversione (*), le fobie, i vari tipi di depressione, hanno buona probabilità di guarigione. Di solito si rimandano a casa i soggetti con disturbi psicosomatici viscerali a meno che non siano molto lievi e non vi siano nell'anamnesi episodi dello stesso. genere; lo stesso dicasi per le tendenze paranoidi. Noi crediamo che gran parte dei casi, anche gravi, possa guarire negli ospedali, quando si abbiano adeguate opportunità a disposizione, l'appoggio di trattamenti aggiunti come lo shock e la narcosintesi, l'uso appropriato della psicoterapia del «tipo di scopertura», basata su sani principii dinamici e seguita da periodi di applicazione lavoro secondo concetti ben stabiliti. Questi casi richiedono un periodo di tempo più lungo per il processo di elaborazione.

Nelle circostanze attuali, tuttavia, il nostro ottimismo è ingiustificato perchè prima di tutto non abbiamo abbastanza psichiatri e secondariamente di quelli che ci sono, soltanto pochi sono familiarizzati con il tipo di psicoterapia rapida della quale abbiamo parlato.

Ma desideriamo ora rispondere alla domanda sorta all'inizio di questa esposizione: può la psicoterapia, se convenientemente adoperata, portare alla guarigione i malati? La risposta è per noi certa: si! come risulta dal numera di casi che abbiamo personalmente studiato. Certo abbiamo bisogno di un periodo di tempo più lungo e specialmente di medici addestrati a questo tipo di trattamento.

Non vi è mai stata nel passato tanto interessamento da parte del mando medico verso la psichiatria, carne ve ne è ora nell'esercito americano. L'interesse alla psichiatria dinamica è sorta specialmente dall'osservazione della scarsa efficacia dell'etichetta diagnostica, della persuasione, della suggestione, e dalle costrizioni autoritarie. La medicina psicosomatica (*) ha destato tanto interesse anche perchè nell'esercito si sono osservate centinaia di questi casi. Infine tutti si interessano e chiedono chiarimenti ai metodi brevi di psicoterapia. È da questo gruppo che tanto interesse dimostra che 1'esercito può scegliere un certo numero di individui dotati, inviandoli presso insegnanti clinici che stanno curando alcuni malati, e che potranno dar loro sufficenti nozioni perchè possano praticare questi metodi di psicoterapia rapida, dapprima sotto la direzione dell'insegnante, poi da soli.

Nell'aviazione vengono tenuti dei corsi didattici di psichiatria psicoanalitica per i medici di stormo. Vi è modo per molti medici di approfondire questi argomenti, data 1'abbondanza di materiale nelle scuole militari; non tutti diverranno psichiatri, ma molti continueranno il perfezionamento anche dopo la guerra; parecchi poi saranno migliori medici nella vita civile. Dal lato terapico avranno con loro un ottimismo fresco ed entusiasta che purtroppo in genere difetta negli psichiatri. Noi dovremo convincere parecchi psichiatri, al di là dello oceano, che le nevrosi belliche sono efficacemente curabili, che non si osservano nei caratteri deboli e inutili e che i malati meritano appoggio ad ogni passo sulla via dall'ospedale da campo alle retrovie. Ciascuno, neofito e specialista, avrà molto da imparare dallo studio delle nevrosi di guerra e tale studio sarà applicabile a molti aspetti e problemi della pratica civile. E questo sarà vero, specialmente nel campo della terapia. Noi vogliamo affermare fin da ora che la psicoterapia dinamica sarà una tecnica ben stabilita alla fine di questa guerra.

(SEZIONE ATTUALITA': PSICOTERAPIA 1946)
Estratti dal volume
*Psichiatria: Sesto supplemento speciale del Bollettino Medico pubblicato dall'U.S.I.S.*
Roma, Ufficio Informazioni Stati Uniti, 1946

# Psicoterapia collettiva

## Relazione del MINISTERO della GUERRA degli STATI UNITI, settembre 1944

### Introduzione

A) Il T. B. Med. 84 del 10 agosto 1944, richiamò l'attenzione sull'errata teoria prevalente che i pazienti neuropsichici non dovrebbero essere curati, affermando che tutti i pazienti neuropsichici non soltanto debbano beneficiare di cure ma anche dei trattamenti più scientifici attuali. Centri psichiatrici e di riabilitazione sono stati recentemente fondati per raggiungere tale scopo.

B) La cura individuale di un gran numero di pazienti psichici nell'esercito non è però possibile, causa la necessità di rapido smistamento e la limitazione di tempo e di personale. La terapia con attività ricreativa e di occupazione, è in se stessa insufficiente per risolvere completamente il problema di riabilitazione dei pazienti psichici. La cura può essere in parte fatta con un metodo che permette di trattare più pazienti nello stesso tempo.

C) L'esperienza in gruppi psicoterapici ha avuto successo per essere raccomandata nell'esercito come parziale soluzione del problema come rendere più adeguato il trattamento dei casi psichiatrici.

D) La tecnica della psicoterapia collettiva varierà con il carattere del gruppo trattato. Non si può ancora precisare alcuna tecnica standardizzata. In senso lato, qualsiasi procedimento che tende a migliorare la salute psichica di più di un individuo è «metodo di psicoterapia collettiva». Lo scopo di questo articolo è di riferire sul metodo che tratta gruppi di individui, con disordini mentali.

E) Il tipo di terapia che può essere eseguito in gruppi sarà necessariamente più superficiale di quello eseguito con la terapia individuale. Non ha un carattere specifico e non dà risultati che si possono avere con una terapia intensiva individuale. Però, oltre al dare vantaggio economico il trattamento collettivo può avere maggiore efficacia nel rimuovere atteggiamenti di sospetto e di ostilità. Contrariamente ad ogni previsione offre per alcuni pazienti un mezzo per esprimersi più liberamente. I problemi personali sono minimizzati e veduti in larga prospettiva. Il senso di colpa che riguarda il fallimento, la incapacità senza visibile malattia organica, che giustifichi tali insuccessi, è parzialmente migliorato nel vedere che altri soffrono di disordini analoghi. Il problema individuale è parzialmente trasformato in un problema collettivo. Nei casi dove la terapia individuale è necessaria questa può essere eseguita in aggiunta alla cura di gruppo.

F) Le più comuni obbiezioni alla terapia di gruppo sono:

1° I pazienti possono sfuggire al controllo del terapista quando è loro permesso di parlare liberamente e senza timore di punizioni.

2° Il sapere che altri accusano gli stessi disordini, eliminerà il senso di colpa e renderà più difficile l'eliminare i sintomi ed il ritorno del paziente al dovere.

3° Il timore che individui nevrotici acquistino per suggestione nuovi sintomi da altri pazienti.

G) Queste obiezioni sono valide, ma non tali da superare i vantaggi. Inoltre un abile terapista può tenere il controllo di un gruppo nel quale è permesso di esprimersi liberamente; l'accettazione di malattia da parte dei soldati può essere combattuta riaccendendo in loro i sentimenti positivi di patriottismo e di desiderio di guarigione.

### Applicabilltà

La psicoterapia collettiva può essere applicata in qualsiasi settore dove vi sia un certo numero di individui che presentino alterazioni di personalità o disturbi emozionali di adattamento o nevrotici. Il metodo può essere usato nelle sezioni neuropsichiatriche degli ospedali, in quelle d'igiene mentale, nei consultori, nei centri di riabilitazione e nelle organizzazioni tattiche. Le conferenze che sono date ai militari di truppa ed agli ufficiali, come esposto nel


© PSICOTECNICA, Milano, Italia

T.B. M ed. 12, del 22 febbraio 1944, e T.B. M ed. 21, 15 marzo 1944, rappresentano i procedimenti collettivi «preventivi». Il fatto che tutti i soggetti sono più o meno nell'identico ambiente e debbono far fronte agli identici problemi e finalità, contribuisce a dare risultati più validi.

### Metodo - considerazioni generali

A) Il terapista. - Vari metodi e varie tecniche sono stati usati nel dirigere la cura collettiva. Il successo di ogni metodo dipende specialmente dall'abilità, dall'entusiasmo e dalla personalità del medico. Si usa comunemente un succedersi di conferenze e di discussioni. Le conferenze, per essere utili, debbono essere pratiche più che teoriche. Si deve dare maggior rilievo alla illustrazione dei principii. Le discussioni dovranno essere svolte in modo da coinvolgere parecchi individui. Non si deve permettere a nessuno di dominare l'ambiente. Il medico il quale conosce il suo gruppo può chiamare un dato "individuo perchè questi s'interessi nel fare risaltare qualche punto speciale della discussione. La discussione deve essere libera ma non si deve permettere che divaghi. Si dovrà usare abilità ed adoperare stimoli adeguati per suscitare discussioni che siano utili e di interesse generale. I pazienti dovranno essere preparati adeguatamente prima di essere ammessi alla psicoterapia collettiva ed il terapista deve essere al corrente della storia dei pazienti che dovrà trattare. Egli dovrà mantenere un atteggiamento di comprensione benevola dei problemi dei pazienti, ma non dare consigli in questo campo. Dovrà incoraggiare il reticente perchè contribuisca alle discussioni. I pazienti che costantemente mancano di parteciparvi saranno allontanati dal gruppo e trattati individualmente finchè siano in grado di rientrarvi.

B) Costituzione del gruppo. - Ordinariamente gruppi da 7 a 25 pazienti possono essere costituiti: essi dovranno essere, per quanto è possibile, omogenei. L'esperienza ha dimostrato che pazienti di nevrosi da combattimento richiedono differente trattamento di quelli con lunghe storie di disordini psichici, e dove è possibile, questi non dovrebbero essere inclusi nello stesso gruppo. Non si deve fare un brusco cambiamento da un gruppo all'altro. Il cambiamento sarà graduale: un numero limitato di nuovi pazienti entrerà nel gruppo, mentre i vecchi ne usciranno. I vecchi aiuteranno ad attrarre i nuovi. Le loro dichiarazioni circa l'efficacia del trattamento di gruppo aiuteranno a scuotere la resistenza dei nuovi arrivati. I nuovi pazienti devono essere ammessi un poco alla volta. Deve essere data loro l'occasione di dire la loro storia dopo che si siano familiarizzati ed orientati nel gruppo.

C) Desiderio del paziente di essere curato:

1° Si è generalmente d'accordo nell'ammettere che il più importante fattore per il successo della cura sia il sincero desiderio da parte del paziente di ristabilirsi. La ricompensa per lui è una più larga liberazione dalle difficoltà che lo intralciano, una più larga capacità per essere felice, una conoscenza e l'accettazione delle circostanze fondamentali che non si possono cambiare.

2° Nel caso del militare vi sono fattori che si oppongono al desiderio di guarigione. La malattia fornisce conforto e sicurezza al posto di una vita dura e pericolosa. In molti pazienti vi è la persuasione che i sintomi di malattia diminuiranno col ritorno alla vita civile ed è perciò per loro un conforto pensare che se tali sintomi non dovessero diminuire, l'autoindulgenza potrà da loro essere praticata senza tema di critica, anzi sarà incoraggiata dagli altri. Mentre la partecipazione dovrà essere volontaria gli atteggiamenti difettosi saranno corretti ed i principali sforzi saranno diretti affinchè i pazienti si ristabilizzino, appellandosi al loro sentimento patriottico ed al senso di responsabilità sociale. Gli individui con personalità psicopatica non dovranno essere inclusi nel gruppo degli psiconeurotici poichè tenderebbero a disordinare il gruppo stesso. Esperienze fatte in un centro di riabilitazione dimostrarono che la terapia collettiva può avere valore nel rendere nuovamente sociali tali psicopatici, ed un gruppo separato dovrà essere formato per essi. I pazienti con notevoli difetti di intelligenza beneficheranno ben poco data la loro difficoltà di comprensione e debbono quindi essere esclusi dal gruppo.

D) Durata e frequenza delle riunioni. - Le riunioni di gruppo dovranno essere tenute da 3 a 6 volte alla settimana. Nessun limite di tempo deve essere fissato per esse. Le riunioni di circa un'ora sono le migliori, ma debbono essere sciolte appena si nota irrequietezza nei pazienti: possono essere tenute in un locale tipo aula scolastica o biblioteca dove si possa essere più tranquilli ed a proprio agio; l'ammobiliamento deve essere semplice e quanto più possibile comodo. È bene che le riunioni siano tenute nella mattinata quando i pazienti sono più riposati, attenti e capaci di concentrarsi.

E) Orientamento del paziente in cura. - I pazienti prima di essere inviati alla terapia di gruppo dovranno avere un orientamento dai psichiatri o dal terapista appena entrati nel gruppo. Le loro condizioni devono essere loro spiegate. Essi dovranno essere tranquillizzati ed istruiti su ciò che si aspetta da loro. Nella prima riunione e quando nuovi pazienti

entreranno nel gruppo, dovranno essere spiegate le ragioni (più sotto elencate) dell'applicazione della psicoterapia collettiva.

1° Le discussioni a gruppo daranno ai pazienti una comprensione dei problemi comuni a tutti.

2° È data l'opportunità di constatare che i compagni hanno problemi simili.

3° Sarà data a tutti l'occasione di portare alla luce problemi individuali. Dovrà essere messo in evidenza che il profitto derivante per ogni individuo dalle riunioni del gruppo è in diretto rapporto con il grado di partecipazione.

F) Cura e mezzo della cooperazione collettiva. - L'espressione libera dovrà essere incoraggiata in modo metodico e si renderà chiaro che ciò che viene rivelato nella riunione sarà considerato amichevolmente. Si dovrà spiegare che querele e lamentele non saranno punite con azioni disciplinari ma saranno sottoposte al giudizio del gruppo. I pazienti saranno rassicurati circa il loro avvenire nell'esercito e saranno incoraggiati ad affrontare le loro difficoltà ed i loro ricordi dolorosi piuttosto che a dimenticarli.

G) Compito del psicologo e dei suoi collaboratori. - I psicologhi clinici e le persone addette all'assistenza psichiatrica sociale possono aiutare i psichiatri nella selezione dei pazienti idonei a questo tipo di cura specialmente in quei casi dove sono stati usati mezzi fisici per ottenere dai pazienti dettagli della storia passata e della presente malattia. Essi possono essere invitati ad assistere alle riunioni del gruppo ed alla,terapia individuale fatta tra l'una e l'altra riunione. Spesso il materiale diagnostico che viene rivelato nel gruppo facilita la terapia individuale.

### Metodo suggerito per le nevrosi insorte in combattimento

A) Prima e seconda riunione. - Durante le prime due o tre riunioni ogni paziente è richiesto di descrivere le circostanze che hanno portato allo sviluppo del suo stato. I pazienti aggressivi extrovertiti dovranno essere interrogati per primi. I più timidi li seguiranno più facilmente. Essi riferiscono talora la loro storia manifestando forti emozioni. Il contrasto fra i vari tipi di combattimento descritti nei diversi teatri di guerra accende l'interesse dei pazienti ed aiuta a mantenere un'atmosfera animata. Alcuni pazienti che nelle interviste individuali sono riluttanti a discutere le loro terrificanti esperienze passate, cambiano il loro atteggiamento nelle riunioni di gruppo e divengono più sicuri di loro e sempre più loquaci.

B) Terza e quarta riunione. - Durante le seguenti due riunioni i pazienti sono chiamati a turno a descrivere i loro sintomi. I sintomi sono quindi discussi dal terapista secondo lo schema seguente: si sottolinea la natura funzionale dei sintomi ed i vari malesseri sono ridotti ad un comune denominatore di ansietà. È tenuta un'elementare discussione di anatomia e fisiologia del sistema nervoso centrale con l'aiuto di semplici diagrammi o quadri illustranti la relazione tra il sistema nervoso e le parti del corpo alle quali si riferiscono i sintomi. L'effetto dell'ambiente familiare è quindi messo in rilievo. Si farà inoltre notare in special modo l'effetto di peculiari situazioni e l'essenziale importanza dell'adattamento normale precedente. Potrebbe qui essere utile il materiale in T.B.Med. 12 e T.B. Med. 21. In aggiunta, i seguenti argomenti saranno discussi:

1° Concetto e funzione dell'inconscio (*).

2° Istinto di autopreservazione.

3° Desiderio. di essere accettato socialmente e conflitto nascente dalle esigenze sociali.

4° Spiegazione dei sintomi in termini di riflessi condizionati (servendosi di semplici paragoni).

5° Risposte fisiologiche al trauma psichico che si prolungano patologicamente.

6° Azione della fatica.

7° Influenza continuata di conflitti inconsci fra il senso del dovere e l'istinto dell'autopreservazione.

8° Persistenza dei ricordi di esperienze traumatiche.

9° Sviluppo di difese contro l'ansietà.

I pazienti debbono essere rassicurati che con la scomparsa del pericolo anche i sintomi scompariranno gradualmente. Sarà concesso ampio campo alle domande ed alle discussioni.

C) Successive riunioni. - Nelle successive riunioni possono sorgere ulteriori discussioni circa i sintomi. Queste saranno dirette sulla guerra e le sue finalità, e coordinate con il programma di riabilitazione. Particolare risalto si deve dare alla motivazione delle azioni individuali. Il senso di responsabilità sociale deve essere stimolato. Paragoni fra le democrazie e gli stati fascisti saranno bene delineati. L'importanza del pericolo che il paese ed il popolo corrono, dovrà essere messa in evidenza. È necessario convincere i pazienti che essi sono necessari al loro paese, alla loro famiglia ed ai loro amici, che essi fanno parte di un complesso coordinato che ha un avvenire mondiale, che i sacrifici a loro richiesti meritano di essere fatti e che i risultati per i quali la guerra è combattuta valgono a ripagare i loro sforzi. La necessità di accettare alcuni sintomi ed incapacità deve essere affermata e può essere fatto rilevare che il disagio personale non è una ragione sufficiente

perchè un individuo possa credersi incapace di contribuire ancora allo sforzo bellico.

D) Tipi di reazione. - Gli atteggiamenti dei pazienti durante le riunioni variano notevolmente:

1° Alcuni divengono in modo spiccato tesi, agitati e tremanti mentre raccontano la loro storia; frequentemente drammatizzano le loro esperienze. Mentre proclamano la loro lealtà ed il loro patriottismo, esprimono sentimenti di depressione e futilità. Insistono sulla natura traumatica e rischiosa della loro esperienza e sulla loro inabilità ad affrontare qualsiasi cosa che ricordi loro quanto è avvenuto.

2° Altri pazienti sono ostili e sembrano disinteressarsi agli sforzi diretti per la loro riabilitazione malgrado le affermazioni contrarie. Essi tendono a proiettare la loro paura, colpa ed insufficienza, accusando i loro superiori, la mancanza di addestramento o la superiorità dell'equipaggiamento del nemico come tante cause del loro stato pietoso. Il loro senso di responsabilità sociale è mediocremente sviluppato e spesso esprimono la convinzione di aver dato il loro massimo contributo.

3° Altri accettano la loro situazione con apparente completa rassegnazione. Confessano di essere stati in tutta la loro vita precedente sempre nervosi benchè lo abbiano nascosto. Lamentano che l'esaurimento, la malattia, la separazione dalla propria famiglia e l'essere esposti ai pericoli della battaglia abbiano accentuato la mancanza di sicurezza in sè stessi già provata durante la vita civile sino al punto di essere presi dal timor panico e di sentirsi inutili. Essi mostrano scarso conflitto o senso di colpa, Accettano la loro «malattia» con senso di sollievo e pensano soltanto di ritornare a casa,

4° Altri pazienti sono fondamentalmente stabili. La loro storia dimostra la loro lealtà e coraggio. I sintomi furono prodotti da circostanze schiaccianti. Malgrado la presenza di sintomi residuali come il tremito o l'eccessivo sudore essi chiedono di ritornare in servizio attivo. Imbevuti come sono da forti sentimenti di coscienza sociale, il loro atteggiamento può essere utilizzato a stimolare. il resto del gruppo.

E) Metodo per curare atteggiamenti difettosi. - I vari tipi di atteggiamenti devono essere fatti rilevare dai terapisti e dati come temi di discussione al gruppo. Una possibile tecnica è quella di chiamare un individuo ben stabile per far notare le espressioni aggressive ed ostili di un altro paziente. In aggiunta il terapista può mostrare come alcuni pazienti sono capaci di formate reazioni esagerate e spiegare in modo semplice i meccanismi di proiezione e di spostamento. Ai pazienti si richiederà la soluzione della loro «attitudine querulante» e delle loro «lamentele».

### Psiconevrosi pre-esistenti

In quanto alle reazioni da combattimento, l'aspetto del disordine psichico è evidente. L'analisi dei problemi può essere generalmente tenuta in modo generico, specialmente quando precedenti adattamenti furono buoni. Il problema di psiconevrosi pre-esistente è più difficile a risolversi. Questi pazienti, quando è possibile, debbono essere curati separatamente dai casi di combattimento. Maggiore attenzione si darà alla storia remota del caso ed ai meccanismi implicati nella formazione di sintomi e di reazioni nevrotiche. Dovrà essere fatta rilevare ripetutamente la natura reiterativa dei sintomi ed il metodo immaturo e non realistico di affrontare le situazioni avverse. Il meccanismo di disordini psicosomatici (*), la funzione della paura di aggressione espressa e non espressa debbono essere discussi ampiamente. Il bisogno di appoggio ed il meccanismo del vantaggio dalla malattia (*) come pure i fattori motivanti saranno illustrati. Il fatto che le capacità individuali siano limitate non è una scusa per non contribuire con il massimo sforzo in questa emergenza. La volontà di riuscire spesso conta di più delle limitazioni esistenti. La natura dei meccanismi mentali in generale avrà bisogno di successiva elaborazione.

### Considerazioni speciali

A) Sentimenti di colpa. - La terapia sarà diretta a rassicurare i pazienti dimostrando che la loro impossibilità a rimanere al loro posto fu una mancanza non a loro addebitabile mentre i sentimenti di colpa per la loro inabilità a contribuire allo sforzo bellico saranno utilizzati pienamente perchè il paziente raggiunga il massimo che la sua capacità può dare. Il conscio o inconscio senso di malattia utilizzato come mezzo di autopreservazione può essere annullato soltanto con il colpire i motivi opportunistici e con lo stimolare nel soldato il senso di colpa per aver mancato nell'adempiere il suo dovere. La responsabilità di tutti gli individui in tempo di guerra e la necessità del sacrificio personale deve essere posta in evidenza, come pure la necessità nell'esercito di considerare il gruppo, invece dell'usuale tendenza americana, di considerare l'individuo. Dove vi è senso di colpa per avere ucciso soldati nemici la motivazione datane dal paziente è spesso insufficiente. Una franca discussione della necessità di uccidere è generalmente sufficiente a rassicurare l'individuo.

B) Sentimenti di ostilità. - Il metodo di cura collettiva offre una migliore opportunità per disperdere i sentimenti di ostilità e di aggressività (generalmen-

te associati con l'idea dell'impossibilità di riuscita) verso un superiore, l'Esercito o la nazione poichè vi si aggiunge il peso stabilizzante dell'opinione collettiva. Il dare sfogo alle lamentele ed alle querimonie ed il discuterne nel gruppo offre, se ben controllato, notevoli vantaggi. Ciò contribuirà ad una comprensione dell'insieme che costituisce il comportamento normale di un adulto e di ciò che costituisce un sostitutivo socialmente inaccettabile. Si dovrà analizzare la risposta alle varie difficoltà esperimentate nella vita militare.

C) Identificazione (*) collettiva. - Uno dei più importanti motivi che mantiene gli uomini in combattimento malgrado tutte le durezze ed il pericolo, è l'identificazione che essi fanno con la propria unità. Una volta allontanati dalle loro organizzazioni e ritornati nelle retrovie, questo fattore è eliminato. La partecipazione in un gruppo di cura corregge questa deficienza in parte, specialmente se lo spirito e la coscienza di comunanza sono sostenute dall'obiettivo di ritornare al proprio posto di combattimento. È importante che ogni soldato abbia un '1 sentimento di «appartenenza» e dove questo motivo è ignorato gli sforzi per la risocializzazione saranno senza effetto.

Sentimenti d'insicurezza, così spesso notati nei pazienti, migliorano con il riconoscimento che essi hanno tutti dei disturbi psiconevrotici, malgrado la differenza nelle condizioni economico-sociali e le esperienze militari tra gli individui. I sintomi messi allo scoperto in una unità di gruppo dimostrano l'universalità dei problemi individuali e diminuiscono il senso di isolamento. La necessità a risolvere il problema è stimolata dall'incapacità di nasconderlo più a lungo davanti alla società. L'atteggiamento del paziente verso le sue esperienze può essere grandemente influenzato quando egli osserva che la reazione del gruppo alle stesse differisce dalla propria. I tentativi individuali di guadagnare l'approvazione del capo gruppo (terapista) divengono manifesti ed offrono l'occasione per lodi pubbliche (o disapprovazioni) ed incoraggiamenti. L'opinione collettiva può individuare nei soldati dei difetti che necessitano di correzione.

D) Conclusioni. - La. risposta favorevole dei pazienti ad un trattamento comparativamente breve in gruppi ha portato all'adozione su larga scala di questo metodo di terapia. Quando i pazienti sono trattati prontamente, la maggioranza può essere salvaguardata per il servizio militare. Dovrà essere ricordato che la psicoterapia collettiva è una piccola parte del programma di cura totale. Gli individui che non possono essere salvaguardati ritorneranno alla vita civile con il vantaggio di essere stati propriamente informati intorno ai loro disordini psichici.

# Edizioni UNICOPLI

# Programma ITAPI

Felice Perussia

## ITAPI-G: MANUALE

Inventario Italiano di Personalità
Italia Personality Inventory
Forma G (Generale)

ITAPI-G è la forma Generale (Great) dell'Inventario Italiano di Personalità o Italia Personality Inventory. ITAPI-G impiega 105 item per descrivere un profilo individuale basato su 7 Tratti-Costrutti-Fattori ovvero su 4 Tipi-Cluster. La norma psicometrica si basa su un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta composto di 2.383 soggetti.
Il Programma ITAPI è (forse) l'unico insieme di Inventari attualmente disponibile il quale sia completamente open-access e quindi utilizzabile liberamente, in licenza freeware, per scopi no-profit (quali: ricerche scientifiche, tesi di laurea, counseling sociale, interventi di sviluppo personale ecc) in una prospettiva di servizio.

Felice Perussia – Renata Viano

## Itapi-VALORI: MANUALE

Inventario Italiano dei Valori
Italia Values Inventory

Itapi-VALORI è un Test completamente open-access che impiega 35 item per descrivere un profilo individuale basato su 7 Valori-Fattori. La norma psicometrica si fonda su un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta composto di 1.716 soggetti.
Il volume contiene anche anche un'ampia rassegna critica della letteratura in tema di psicologia dei Valori, con riferimento ad un vasto repertorio bibliografico. Nella seconda parte del libro, viene riportato il vero e proprio Manuale di Itapi-VALORI, sempre in versione integrale, con tutte le sue caratteristiche psicometriche nonché con le modalità e le norme per la somministrazione.

Informazione Pubblicitaria

**Edizioni Unicopli**
Via Rosalba Carriera, 11 - 20146 Milano
**www.edizioniunicopli.it**